

令和8年度 医療保険事務講習会

令和8年度 診療報酬改定における留意点等について

公益社団法人 東京都医師会

はじめに

令和8年度 診療報酬改定率について

1. 診療報酬 **+3.09%**

※1	うち、賃上げ分	+1.70%
※2	うち、物価対応分	+0.76%
※3	うち、食費・光熱水費分	+0.09%
※4	うち、令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分	+0.44%
※5	うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化	▲0.15%
※6	うち、※1～5以外の分 各科改定率(医科+0.25% : 歯科+0.31% : 調剤+0.08%)	+0.25% 医療機関の収入？

2. 薬価等 **▲0.87%**

薬価	▲0.86%
材料価格	▲0.01%

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応

- 賃上げに向けた評価
 - ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする）
- 物価動向への対応
 - ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

- 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し
 - ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
 - ・急性期総合体制加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
 - ・特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）
- 多職種が病棟で協働する体制の評価

3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
 - ・地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
 - ・回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
 - ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- 質の高い包括期入院医療の評価
 - ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
 - ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- ICT等の活用による業務効率化・負担軽減
 - ・見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - ・生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- 人口少数地域で医療提供機能確保のための評価の新設
 - ・医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）
- 診療科偏在対策の推進
 - ・地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
 - ・外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

6. 外来医療の機能分化・強化等

- 外来の機能分化の推進
 - ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
 - ・特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設
- 外来に係る評価の見直し
 - ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
 - ・時間外対応加算の引上げ、名称変更

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅医療に関する評価の見直し
 - ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価
- 訪問看護に関する評価の見直し
 - ・同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
 - ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など）

- 救急医療
 - ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
 - ・救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価
- 小児・周産期医療
 - ・妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
 - ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可
- 精神医療（続き）
 - ・急性期病院精神病棟入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
 - ・精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価）
- 医療DX・オンライン診療の評価の見直し
 - ・電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組）
 - ・D to P with N での訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

外来（初・再診料の見直し）

初診料の見直し①

初診料①(物賃対応)

項目	改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
初診料本体	291点	291点	291点	変更なし

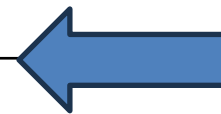
+

+

+

物賃 金 対 応	①外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅ベ ースアップ評 価料(I)	②令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	6点	23点 (+17点)	40点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		③令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	17点 (+17点)	34点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

R7年度以前からベースアップ評価料を算定 している医療機関の上乗せ分	—	25点	44点	①+②
R8年6月よりベースアップ評価料を算定 する医療機関の上乗せ分	—	19点	38点	①+③



合計

初診料の見直し②

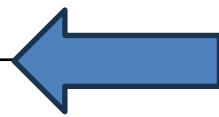
初診料②(物質対応)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
機能強化加算(施設基準変更)	80点	80点	点数に変更なし。施設基準にBCP(災害発生時等における医療機関の業務継続計画)の策定等を追加
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
医療DX推進体制整備加算(廃止)			
加算1	12点	—	
加算2	11点	—	
加算3	10点	—	
加算4	10点	—	
加算5	9点	—	
加算6	8点	—	
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)			
加算1	—	15点	
加算2	—	9点	
加算3	—	4点	
特定機能病院等紹介患者受入加算(新設)	—	60点	特定機能病院等から紹介された患者に対する初診を、診療所又は許可病床数200床未満の病院が行った場合の評価を新設

再診料の見直し①

再診料①(物質対応)

項目			改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
再診料本体			75点	76点	76点	・大臣折衝※4
			+	+	+	
物価賃金対応	①外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅ベースアップ評価料(I)	②令和7年度以前から算定している医療機関の場合	2点	6点 (+4点)	10点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		③令和8年度より算定する医療機関の場合	—	4点 (+4点)	8点 (+8点)	・大臣折衝※1 令和9年度は令和8年度の2倍の評価
R7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関の上乗せ分			—	8点	14点	①+②
R8年6月よりベースアップ評価料を算定する医療機関の上乗せ分			—	6点	12点	①+③



合計

再診料の見直し②

再診料②(物質対応)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
外来管理加算	52点	52点	変更なし
時間外対応加算(名称変更と増点) 加算1 加算2 加算3 加算4	5点 4点 3点 1点	7点 5点 4点 2点	名称を 時間外対応加算から、 時間外対応体制加算 に変更し、評価を引き上げる
地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算 (評価体系の変更、対象患者の追加、加算の新設等)	28点/21点 38点/31点	28点/21点 38点/31点	- 対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者等を追加する。 - 簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。 - 残薬対策として、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。 外来データ提出加算を新設する。
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)	—	2点	これまでの医療DX推進体制整備加算や、医療情報取得加算を本点数に統合

外来(ベースアップ評価料)

賃上げに向けた評価の見直しのポイント

① ベースアップ評価料の評価体系の変更

- 外来・在宅ベースアップ評価料について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

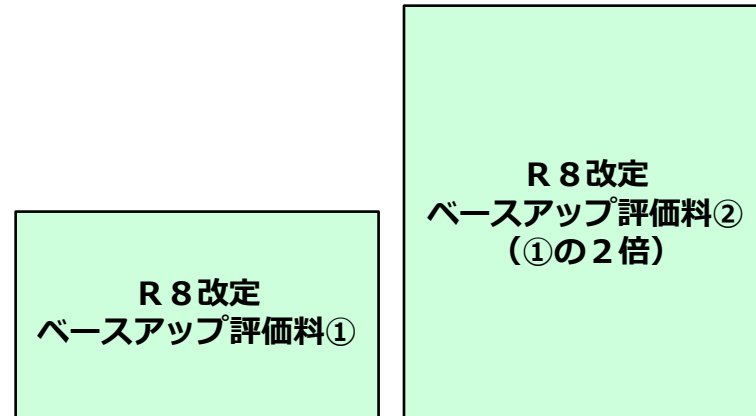
② ベースアップ評価料の対象の拡大

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大する。
 - 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）

今回改定の概要（外来・在宅ベースアップ評価料 I）

令和8年度から賃上げを行う医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	<u>17点</u>	<u>34点</u>
再診時	<u>4点</u>	<u>8点</u>



初・再診料

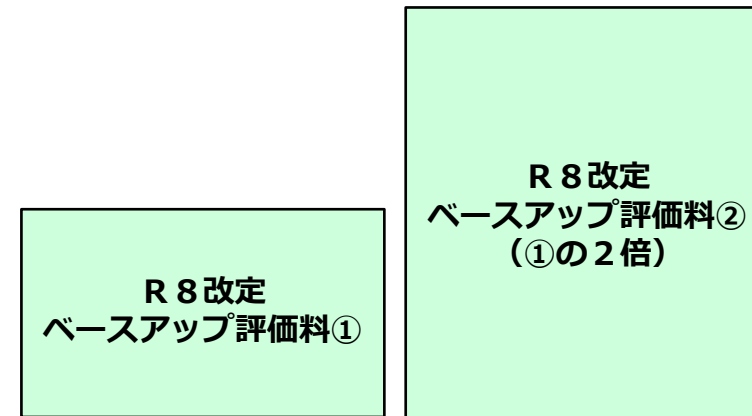
令和8年度

初・再診料

令和9年度

令和7年度以前から
継続して賃上げを行っている医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	<u>23点</u> (6+17点)	<u>40点</u> (6+34点)
再診時	<u>6点</u> (2+4点)	<u>10点</u> (2+8点)



R6改定
ベースアップ評価料
相当分

初・再診料

令和8年度

R6改定
ベースアップ評価料
相当分

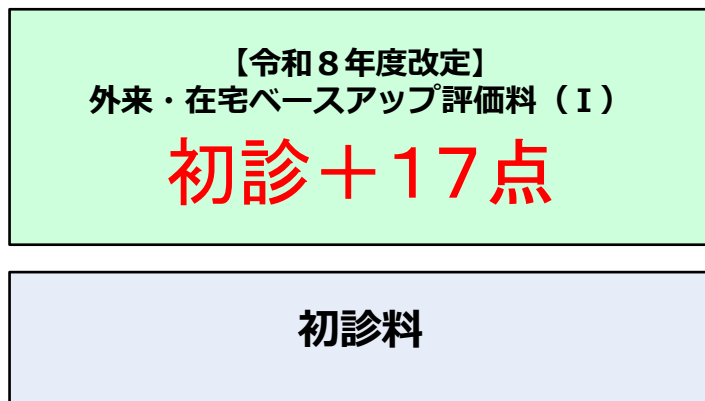
初・再診料

令和9年度

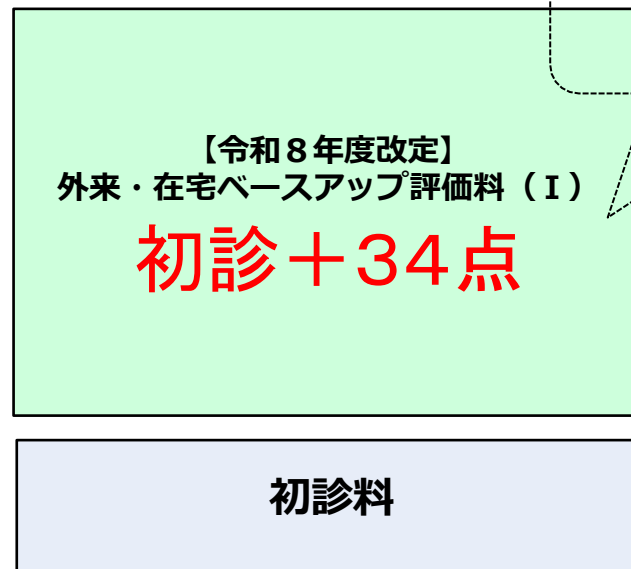
(参考) R6改定の外来 ベースアップ評価料 (I)	
初診時	6点
再診時	2点

賃上げに係る評価【 外来・在宅ベースアップ評価料 I 】のイメージ①

令和7年度以前にベースアップ評価料を算定しておらず、
令和8年度から新たにベースアップ評価料を算定して賃上げを行う医療機関の場合



令和8年度



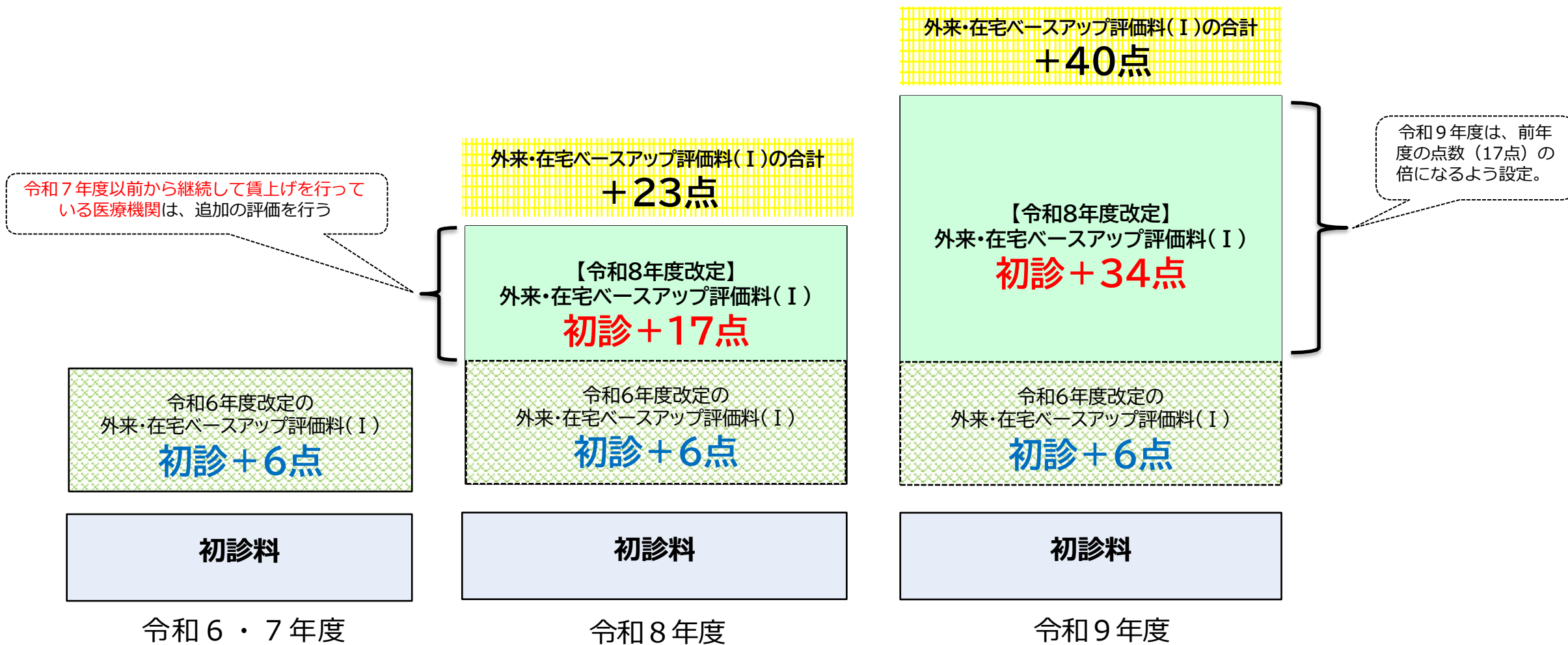
令和9年度

令和9年度は、
令和8年度の2倍
になるよう設定。

【再診の場合】 外来・在宅ベースアップ評価料（I）
令和8年度＋4点 令和9年度＋8点 を算定

賃上げに係る評価【外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ】のイメージ②

令和7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関(＝継続的に賃上げを行っている医療機関)の場合



【再診の場合】 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

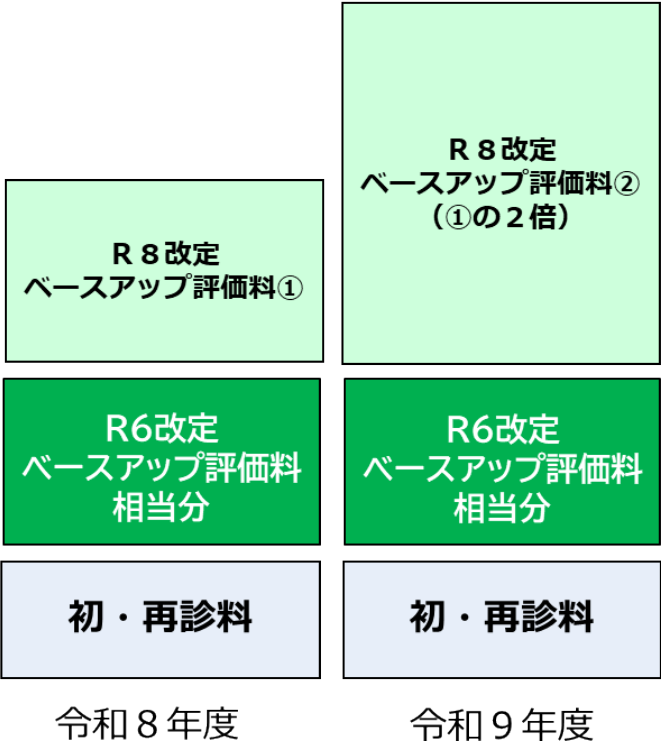
令和6・7年度 **+2点** 令和8年度 **+6点(2点+4点)** 令和9年度 **+10点(2点+8点)** を算定

継続的に賃上げを実施する保険医療機関とは？

- ① 令和7年度以前からベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関
令和8年3月31日時点で評価料を算定していること（疑義解釈その1）
あるいは、
- ② ①に該当せず、令和8年度にはじめてベースアップ評価料の届出を行う
保険医療機関であっても、ベースアップ評価料を算定する月の対象職員の
基本給等を合計し、その額を令和6年3月時点と比較した場合に、
5.5%（看護補助者、事務職員については8%）に相当する水準以上の
ベースアップ等を行った保険医療機関
- ※令和9年度から届け出る場合であれば、令和6年3月時点と比較した場合に、
8.7%（看護補助者、事務職員については13.7%）に相当する水準以上の
ベア等を行った保険医療機関であればよい

令和7年度以前から
継続して賃上げを行っている医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	23点(6+17)	40点(6+34)
再診時	6点(2+4)	10点(2+8)



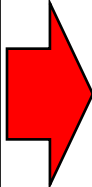
②については令和8年5月末までにベースアップ評価料の算定を届出を
行い、賃金改善中間報告書において水準以上の賃上げが確認できれば算定できる

外来ベースアップ評価料（Ⅰ）に関する主な変更点①

現行	改定後
【賃上げの目標】 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	【賃上げの目標】 <u>令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す</u>
【対象となる職員】 主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。） 例）薬剤師・看護師・看護補助者 等	【対象となる職員】 <u>当該保険医療機関に勤務する職員</u>（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。） 例）左記の対象職員に加え、 <u>40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員</u> 等

派遣元と相談・協力して当該保険医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行った場合は対象職員に派遣職員を含めることが可能。（疑義解釈その1）

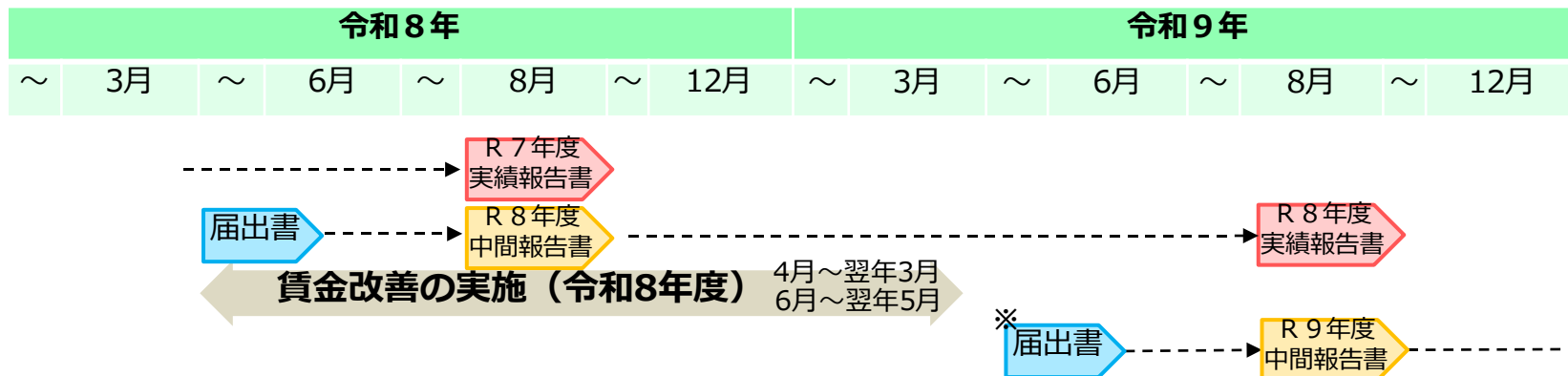
外来ベースアップ評価料（Ⅰ）に関する主な変更点②（手続き）

現行		改定後
【届出時の提出書類】 保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画（賃金改善計画書）を作成し、新規届出時及び毎年6月において地方厚生（支）局に届出を行う		【届出時の提出書類】 各評価料に必要な情報（対象職員・評価区分の算出）のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ <u>（賃金改善計画書は作成不要）</u>
【実績等の報告】 毎年8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生（支）局長に報告		【実績等の報告】 - 毎年8月に、<u>当該年度における賃金改善の状況</u>を評価するために「<u>賃金改善中間報告書</u>」を作成し、地方厚生（支）局長に報告 - 算定した年度の翌年の8月に、<u>前年度における賃金改善の取組状況</u>を評価するために「<u>賃金改善実績報告書</u>」を作成し、地方厚生（支）局長に報告
【同一法人内の複数医療機関の通算】 （新設）		【同一法人内の複数医療機関の通算】 <u>同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人</u> においては、 <u>法人内の複数保険医療機関を通算</u> して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要な手続きの流れ

- 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）
- ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

届出書	中間報告書	報告書
○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） ・対象職員数 ○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・入院ベースアップ評価料 ・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数 ・月額賃金総額 ・対象職員数	・ベースアップ評価料の算定収入額 ・対象職種ごとの常勤換算数 ・基本給等総額（給与改善前・後） ・賞与の月数の変化 ※対象職種を指定して報告： 医師・歯科医師・看護職員・看護補助者・事務職員	・ベースアップ評価料の算定収入額 ・対象職種ごとの常勤換算数 ・基本給等総額（給与改善前・後） ・賞与の月数の変化 ※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（**対象職員数の1割以上の変動**、3月ごとのベースアップ評価料の**算定回数の1割以上の変動**）があり、**再計算をした場合に区分の変化がある場合**には、区分変更の届出が必要。

ベースアップ評価料 詳細な情報について

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

[ホーム](#) > [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [健康・医療](#) > [医療保険](#) > 令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について

令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について

「令和8年度診療報酬改定における賃上げ」に係る医療機関・訪問看護ステーション・保険薬局向け特設ページです。

【重要】

- ・ 令和8年度診療報酬改定前の届出様式
- ・ 令和7年度算定分の実績報告書の提出

これらの様式や通知については、

届け出る様式が異なりますので [こちら](#)（9．令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料届出様式について／10．令和7年度実績報告書の提出について）をご確認ください。

ベースアップ評価料に関しては、厚生労働省HPに特設ページが設けられています。

届出様式や報告書のデータ、記載方法等が掲載されていますので、必ずご確認ください。

外来(電子的診療情報連携体制整備加算)

電子的診療情報連携体制整備加算の新設 (医療DX推進体制整備加算等の見直し)

(廃止)

医療DX推進体制整備加算

(医療DXに対応する体制を評価)

マイナ保険証の利用率、電子処方箋の導入に応じて、初診料に加算
8~12点(月1回)

(廃止)

医療情報取得加算

(オンライン資格確認を導入している医療機関において診療情報を活用する体制を評価)

初診:1点(月1回)
再診:1点(3か月に1回)

明細書発行体制等加算

1点(再診料に加算)
※廃止はされないが、電子的診療情報連携体制整備加算の届出医療機関は算定不可

(新設)

電子的診療情報連携体制整備加算

[初診料](月1回)

加算1

15点

加算2

9点

加算3

4点

[再診料・外来診療料]
(月1回)

2点

施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている
→ レセプトをオンライン請求していること
- (2) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している
→ 明細書の無償交付していること
- (3) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下オンライン資格確認)を行う体制が整備されている。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う。
→ オンライン資格確認ができること
- (4) 電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の**3月前のレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率**(同月におけるマイナ保険証利用者数を同月の患者数で除した割合)が**30%以上である**。
→ 社会保険診療報酬支払基金から毎月報告される利用率が30%以上である
※「医療機関等向け総合ポータルサイト」からも確認可能
- (5) (4)について、電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

施設基準

(6)マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有している

(7)次に掲げる事項について当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。

ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している医療機関である。

イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関である。

ウ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している。

→要件を満たす掲示物は厚生労働省のホームページからダウンロード可能

【厚生労働省】 https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

(8)(7)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載している。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

(9)電子処方箋を発行する体制 又は 調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有している。

→具体的な内容は次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照

施設基準

(10)以下の アからウの全て 又は エを満たす電子カルテを有している。

ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(以下単に「安全管理ガイドライン」という。)に準拠した体制である。

→ガイドラインは厚生労働省のホームページからダウンロード可能

【厚生労働省】

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html

イ 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している。

→具体的な内容は次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照

ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している。

→具体的な内容は次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照

エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である。

→現在、厚生労働省が認証制度を検討中のため、該当するものは示されていない。

(※次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照)

施設基準

(11)アを満たす又は **イ及びウ** を満たす。

ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。

→ **実証事業に参加している医療機関を除き、現時点でサービスが開始されていないため満たせない**

イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の(イ)から(ハ)の全てを満たすものを活用する体制を有している。

(イ)当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上である。

(ロ)登録患者数が1000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上である。

(ハ)当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表している。

ウ 以下の(イ)及び(ロ)を満たす。

(イ)診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ている。

(ロ)当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。

届出様式

▶ 初・再診料に係る加算の場合

→「別添7」及び「様式1の6」を提出

※次ページ以降で手順を説明します

▶ 入院基本料に係る加算の場合

→「別添7」及び「様式18の4」を提出

▼ 届出様式のダウンロードは以下から可能

【関東信越厚生局 「令和8年度診療報酬改定について」】

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/r08kaitei_00001.html

▼ 届出期間・届出先

関東信越厚生局 東京事務所に提出

【郵送先】〒163-1111 東京都新宿区西新宿6丁目22-1

新宿スクエアタワー11階

届出手順(「別添7」記入例 初・再診料用)

別添7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	9999999 (7桁)	届出番号	
連絡先 担当者氏名: 東京太郎 電話番号: 03-1234-5678			
(届出事項)			
[電子的診療情報連携体制整備加算] の施設基準に係る届出			
☐ 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前6月間において療養規則及び負担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。			
令和8 年 ● 月 ● 日			
保険医療機関の所在地 及び名称		東京都千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会診療所	
		開設者名	東京 太郎
関東信越厚生局長 殿			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

赤字部分を
記入すること

全てに「✓」を記入する

届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例①)

様式1の6

電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算（初・再診料）
の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入例
1. 届出区分（該当区分に○をつけること）	
ア 電子的診療情報連携体制整備加算	加算1 - 加算2 - 加算3
イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算	加算1 - 加算2
2. 診療体制等の要件 （該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	☐ 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている ☐ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している ☐ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている ☐ 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している ☐ 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている ☐ 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している ☐ 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている
3. 電子処方箋に係る要件 （該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	☐ 基づく電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている ☐ 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制が整備されている
4. 電子カルテに係る要件 （該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	☐ 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している ☐ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している ☐ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である
5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件	
ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス（該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	☐ 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている
イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク	
ネットワーク名	
ネットワークを運営する事務局名	
ネットワークを運営する事務局所在地	
登録患者数	
年間新規登録患者数	
年間新規登録患者数 開始年月（和暦で記載すること）	年 月
年間新規登録患者数 終了年月（和暦で記載すること）	年 月
ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表	有 - 無
ウ 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報提供料の施設基準の届出	有 - 無
エ ネットワークに係る提示事項 （該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	☐ ネットワークへの参加及び共有業務のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している

加算3(4点)の場合
→項目番号の1、2(緑枠)
のみ記入

加算2(9点)の場合
→項目番号の1、2(緑枠)
及び、3～5(青枠)の
いずれか1つを記入

加算1(15点)の場合
→項目番号の1～5
(緑枠+青枠)を全て記入

※次ページ以降に記入例を示します

【記載上の注意】

- 「2」のウェブサイトへの提示については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- 「3」から「5」までは、電子的診療情報連携体制整備加算1若しくは2又は電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定する場合に記載すること。

届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例②)

項目	記入欄
1. 届出区分 (該当区分に○をつけること)	
ア 電子的診療情報連携体制整備加算	加算1 ・ 加算2 ・ 加算3
イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算	加算1 ・ 加算2
2. 診療体制等の要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	☐ 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている ☐ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している ☐ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下オンライン資格確認)を行う体制が整備されている ☐ 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している ☐ 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている ☐ 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している ☐ 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている
3. 電子処方箋に係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	☐ 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている

届出する区分を選択

オンラインでのレセプト請求

明細書の無料交付の実施

オンライン資格確認の体制

院内掲示の実施

自院ウェブサイトへの掲載
※自院でホームページ等を有しない場合には「✓」不要

電子処方箋の発行体制、
または、電子処方箋管理
サービスへの登録体制

加算1～3
全てで必須

該当するものに「✓」を記入する

加算1,2
で必要



届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例③)

加算1,2
で必要

※項目4は、
「上から3つの項目を全て満たす」
又は
「4つ目の項目を満たす」
のどちらかでOK

加算1,2
で必要

※項目5は、
「ア」、もしくは
「イ」～「エ」の
記載が必要

上から3つの項目(経過措置があるため
実質、上の2つ)に「✓」すれば良い。

4. 電子カルテに係る要件
(該当するすべての□に「✓」を記入すること。)

認証制度を厚労省で検討中のため
現時点では「✓」できない。

- ☐ 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制が整備されている
- ☐ 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している
- ☐ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している
- ☐ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である

届出時点で満たしていなくても、
当面の間、基準を満たすもの
として届出が可能(「✓」不要)
※電子カルテ情報共有サービス
の運用が開始したら、速やかに
導入するよう努めること

5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件

ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス
(該当する場合、□に「✓」を記入すること。)

- ☐ 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている

現時点ではサービスが開始されて
いないため「✓」できない。
※令和8年度冬に提供開始予定

イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク

ネットワーク名	東京総合医療ネットワーク
ネットワークを運営する事務局名	運営協議会事務局
ネットワークを運営する事務局所在地	東京都千代田区神田駿河台2-5
登録患者数	約14,000人
年間新規登録患者数	※記載不要
年間新規登録患者数 開始年月(和暦で記載すること)	令和8 年 4 月
年間新規登録患者数 終了年月(和暦で記載すること)	令和9 年 3 月
ネットワークの運営主体による連携医療機関及び 登録患者数のウェブサイトでの公表	☒ 有 ☐ 無

東京総合医療ネットワークに参加
しており、「イ」に該当する場合の
記入例

ウ 診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算又は電
子の診療情報評価料の施設基準の届出

- ☒ 有 ☐ 無

「有」を選択する

エ ネットワークに係る掲示事項
(該当する場合、□に「✓」を記入すること。)

- ☐ ネットワークへの参加及び共有実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している

院内掲示を行う

電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q1 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とされているが、地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークに係る要件を満たす場合について、どのように考えればよいか。

→ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 に関する施設基準のうち、**(11) のイ及びウを満たす**場合には、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」を満たすものとみなす。

＜解説＞ 加算1の施設基準(11)「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること」については、電子カルテ情報共有サービスを使用していない場合であっても、【基準に合致する地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有・閲覧できるネットワークに参加している】及び【検査・画像情報提供加算、または電子的診療情報評価料の施設基準を届け出た上で必要な情報を院内掲示する】を満たす場合は、要件を満たすものとみなされます。



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q2 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制とは具体的にどのような体制を指すか。

→ 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていることを指し、院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていることを指す。

Q3 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」とあるが、具体的には何を指すか。

→ 電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトから運用開始日入力を行うこと。



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q4 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とあるが、具体的には何を指すか。

→ 電子カルテ情報共有サービスの運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子カルテ情報共有サービス対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトに示されている方法で入力を行うこと。

※ 現在、ポータルサイトでの入力機能及び厚生労働省ウェブサイトにおける公表ページは準備中のため、準備が整い次第、詳細については両サイトで公表予定。

Q5 「A 0 0 1」再診料の注19 及び「A 0 0 2」外来診療料の注10 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算について、「A 0 0 0」初診料の注16 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。また、「A 0 0 1」再診料の注19 及び「A 0 0 2」外来診療料の注10 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、「A 0 0 0」初診料の注16 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるか。

→ いずれも算定不可。



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q6 「A 0 0 1」再診料の注19及び「A 0 0 2」外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「A 0 0 0」初診料の注16に規定する電子的診療情報連携体制整備加算の届出を行っている場合に追加で届出は必要か。

→ 不要。

《抜粋》 令和8年5月8日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その5）

Q7 「A 0 0 0」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。」とあるが、どのような製品が当該要件を満たすか。

→ 現在、厚生労働省において、同省が公表している標準仕様に準拠している電子カルテ製品の認証制度を検討中。厚生労働省医政局における議論がとりまとめ次第、追ってお示しする予定。

＜補足＞ 令和8年9月に認証制度の要綱が公開され、システムベンダの申請・審査が開始される。認証を受けた製品の提供が開始されるのは2027年4月以降の予定。



《抜粋》 令和8年5月22日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その6）

電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q8 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。」とあるが、「診療情報を共有又は閲覧できる」とは、当該保険医療機関が患者の情報を他の保険医療機関に共有する場合又は他の保険医療機関の患者の情報を閲覧する場合のいずれの場合も該当するという理解でよいのか。

→ そのとおり。

Q9 「A000」電子的診療情報連携体制整備の施設基準において、「当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。」とあるが、

- ① ウェブサイトの更新頻度の目安はあるか。
- ② 様式1の6において、当該ネットワークの登録患者数及び年間新規登録患者数について、いつ時点の数値を記載するのか。

→ ①少なくとも年に1回以上更新することとし、1年以上更新されていない場合には速やかな更新を行うこと。
②登録患者数及び年間新規登録患者数はウェブサイトに公表されている数値を記載することとし、届出の1年以内での数値を記載すること。



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q10 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか。

→ 現時点では、令和5年1月26日から稼働した基本機能（電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む。）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック）に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

《抜粋》令和8年5月22日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その6）

Q11 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。」とあるが、具体的にどの程度活用していればよいか

→ 当該保険医療機関を受診するいずれかの患者について、少なくとも概ね2月に1回以上は診療情報の閲覧又は共有を行うこと。ただし、当該ネットワークに加入した月からその3月後まではこの限りでない。

（例：令和8年7月に加入した場合、令和8年7月から10月まで。なお、令和8年5月31日までに加入していた保険医療機関については令和8年6月1日から9月30日までとする。）

《抜粋》令和8年5月29日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その7）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q12 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とあるが、当該保険医療機関の掲示すべき保険医療機関の名称は代表的な保険医療機関のみでよいのか、全ての保険医療機関を掲示する必要があるのか。

→ 当該保険医療機関が診療情報を共有又は閲覧している実績のある全ての保険医療機関の名称を掲載すること。なお、当該他の保険医療機関の名称は、概ね3月に1回、定期的に更新すること。ただし、Q11のただし書に該当する場合には、他の保険医療機関との共有実績ができた段階で速やかに掲載することとして差し支えない。

Q13 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準に「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師が電子処方箋システムを利用できる体制が必要となるか。

→ 原則として、当該保険医療機関において処方を行う医師全員が電子処方箋を発行できること。ただし、当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名のみの場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい。なお、処方を行う医師であって、電子処方箋を発行できない者は引換番号付き紙処方箋を処方すること。



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q14 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」とあるが、医療関係職種及び介護関係職種等がICTを用いて記録された情報を共有できるサービスにより、チャットやメーリングリストを用いて診療情報を共有する場合は当該要件を満たすか。

→ 当該要件を満たすには、診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を満たすネットワークであって、診療情報を提供する保険医療機関が電子カルテ情報を共有し、参加している保険医療機関が随時閲覧できるものであることが必要となる。したがって、単に医療関係職種等がチャット等により日々の報告や上記の一部の情報を共有するためのネットワークでは、当該要件は満たさない。

Q15 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。」という要件について、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（令和8年5月29日事務連絡）別添1の問3において「当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名の場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい。」とあるが、当該常勤医師が院外処方を行う場合には、常に電子処方箋を発行する必要があるのか。

→ Q2にあるとおり、院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていればよい。

《抜粋》 令和8年6月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その8）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

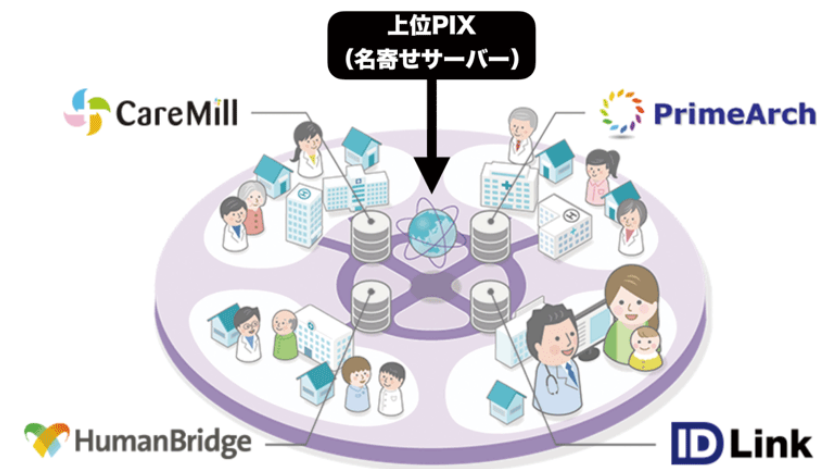
Q16 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「アからウの全て又はエを満たす電子カルテを有していること」の「イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」という要件について、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（令和8年4月21日事務連絡）別添1の問2において、「電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。」とあるが、電子処方箋システムの導入が完了し、電子署名のためのカードリーダーが必要な場合にはカードリーダーを購入済みの場合であっても、電子処方箋の利用申請は行ったが、HPKI カードの取得待ちで電子処方箋の発行ができない状況でも要件を満たすか

→ 当面の間に限り、HPKI カードの取得待ちの場合であっても当該要件を満たすこととする。ただし、HPKI カードを取得した日以降は、速やかに電子処方箋の運用開始日の登録を行ったうえ、実際に電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行う必要があること



【参考】東京総合医療ネットワークのご案内

東京総合医療ネットワークは、施設基準で求められる
「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を
含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」に
該当します。この機会にぜひ参加をご検討ください。



東京総合医療ネットワーク

<https://tousoui.tokyo.med.or.jp/>

運営協議会事務局: 03-5217-0896

機能強化加算

機能強化加算について(施設基準の要件追加)

〔点数に変更なし〕

○現行と同様 80点

○新設項目

〔**外来医師過多区域**に関する対応〕

○改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に**応じず**、保険医療機関の指定が**3年以内**とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算の対象としない。

〔データ提出加算の届出が望ましい旨の追加〕

○以下に掲げる届出を行っていることが**望ましい**。

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| ① 再診料の外来データ提出加算 | ⑤ 在宅時医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ② 地域包括診療料の外来データ提出加算 | ⑥ 施設入居時等医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ③ 生活習慣病管理料(Ⅰ)の充実管理加算 | ⑦ 在宅がん医療総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ④ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の充実管理加算 | |

〔BCPの策定〕

○災害時等の**業務継続計画を策定**し当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

※令和8年3月31日において**現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関**については、**令和9年5月31日までの間**に限りBCPの策定については**該当するものとみなす**。

外来医師過多区域における新規開業時の届出

医療法の改正に伴い、令和8年4月から施行される「外来医師過多区域」について、対象の候補として外来医師偏在指標等が高い二次医療圏(全国で9か所)が公表された。

東京都における外来医師過多区域(候補)

二次医療圏名	該当区
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
区西部	新宿区、中野区、杉並区
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
区南部	品川区、大田区
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区

※足立区、荒川区、江戸川区、葛飾区、江東区、墨田区と三多摩地域、島しょ部は対象外

- ・各都道府県は候補区域内から「外来医師が特に多い地域」を指定し、区域で新規開業する医師に対して、地域で不足する医療や医師不足地域での医療提供を求めることができる。
- ・新規開業希望者は、開設6か月前までに「地域外来医療の提供に関する意向等を示した事前届出」を提出することが求められる。

東京都外来医療計画【東京都保健医療局HP】

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/gairaikeikaku



外来医師過多区域に関する対応(今回改定について)

<基本的な考え方>

改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、**保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関**については、機能強化加算や地域包括診療加算等の算定等を不可とする

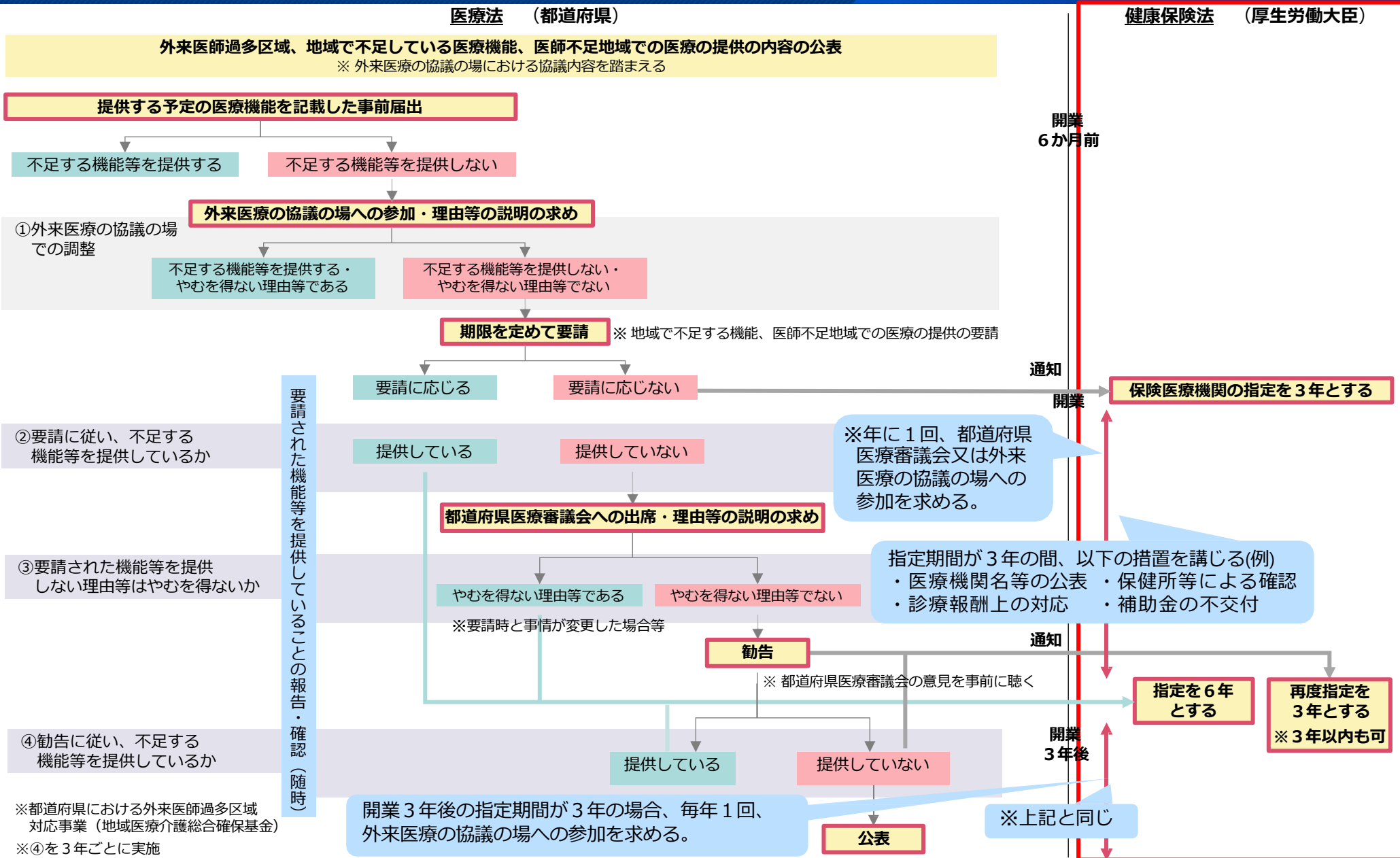
<具体的な内容>

以下の算定・届出を不可とする

- **機能強化加算**
- **地域包括診療加算**
- **地域包括診療料**
- **小児かかりつけ診療料の算定**
- **並びに在宅療養支援診療所の届出**

現時点で不足している外来医療機能
ア夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
イ在宅医療の提供体制
ウ産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制
エその他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能
厚生労働省ホームページより

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ



地域包括診療診療料・地域包括診療加算

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ ①)

地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算

改定前

認知症地域包括診療加算	
認知症 地域包括診療加算1	38点
認知症 地域包括診療加算2	31点

地域包括診療加算	
地域包括診療加算1	28点
地域包括診療加算2	21点

改定後

地域包括診療加算1	
(1) 認知症を有する患者等の場合	38点
(2) その他の慢性疾患等を有する場合	28点

地域包括診療加算2	
(1) 認知症を有する患者等の場合	31点
(2) その他の慢性疾患等を有する場合	21点

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ ②)

地域包括診療料
認知症地域包括診療料

改定前

認知症地域包括診療料	
認知症 地域包括診療料1	1,681点
認知症 地域包括診療料2	1,613点

地域包括診療料	
地域包括診療料1	1,660点
地域包括診療料2	1,600点

改定後

地域包括診療料1	
イ 認知症を有する患者等の場合	1,682点
□ その他の慢性疾患等を有する場合	1,661点

地域包括診療料2	
イ 認知症を有する患者等の場合	1,614点
□ その他の慢性疾患等を有する場合	1,601点

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大 ①)

※地域包括診療料及び認知症地域包括診療料についても同様

介護給付とは要介護の人
予防給付とは要支援の人

改定前

認知症地域包括診療加算 (①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない



改定後

地域包括診療加算 (1) 認知症を有する患者等の場合 (①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの 又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない

改定前

地域包括診療加算

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者



改定後

地域包括診療加算 (2) その他の慢性疾患等を有する場合

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、かつ、介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大 ②)

対象患者拡大の例

高血圧症を有する要支援の患者さんの場合

改定前

地域包括診療加算(28点/21点)

- × 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者



改定後

地域包括診療加算

(2) その他の慢性疾患等を有する場合(28点/21点)

- × ● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
- ● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、かつ、介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等

改定前

認知症地域包括診療加算(38点/31点)
(①～③のすべてを満たす者)

- × ① 認知症を有するもの
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない



改定後

地域包括診療加算

(1) 認知症を有する患者等の場合(38点/31点)
(①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(その他)

① 連携薬局要件の緩和

院外処方を行う場合は、24時間対応できる体制を整えている薬局と連携している必要があるが、当該医療機関の特性に応じて、**緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関であれば、連携薬局については、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする**

② 望ましい要件の追加

地域包括診療加算・診療料について、担当医が、**地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨が明記された**

③ 薬剤適正使用連携加算(3月に1回 30点)の対象患者拡大

地域包括診療料・加算等の算定患者が**他の保険医療機関に入院、あるいは介護老人保健施設に入所した場合に入院・入所先と連携し、薬剤の種類数が減少した場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」について他の保険医療機関の外来を継続的に受診している患者についても算定可能とする**

④ データ提出加算(月1回 10点)の新設

地域包括診療加算及び地域包括診療料について、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価が新設された

⑤ 残薬対策の追加

- 診療の際、患家における残薬を確認した上で、状況に応じて、適切な服薬管理を行うことを要件とする
- 算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する

⑥ 医療資源の少ない地域における医師配置要件の緩和

医療資源の少ない地域においては、**常勤換算2名以上**の医師配置要件を、**1.4人以上**に緩和する

生活習慣病管理料

生活習慣病関連の評価の見直し①

生活習慣病関連の評価

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
生活習慣病管理料(Ⅰ) ・脂質異常症 ・高血圧症 ・糖尿病 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	610点 660点 760点 — —	610点 660点 760点 60点 60点	原則として、 必要な血液検査等 を少なくとも 6か月に1回 行う 《疑義解釈その1》 他の医療機関で実施した特定健康診査や健康診断等で血液検査等を受けている患者の場合、参照した検査結果を診療録に記載することでも要件を満たす
生活習慣病管理料(Ⅱ) 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	333点 — —	333点 60点 60点	生活習慣病とは関係のない各種管理料等は、管理料(Ⅱ)の包括範囲から除外する (悪性腫瘍特異物質治療管理料、地域連携夜間・休日診療料、傷病手当金意見書交付料等)

その他、生活習慣病管理料(Ⅰ)および(Ⅱ)に共通する見直し

- ✓ **療養計画書への患者署名を不要**にする
- ✓ 糖尿病を主病とする患者について、**糖尿病の薬剤以外の薬剤**については、**在宅自己注射指導管理料の算定を可能**とする

生活習慣病関連の評価の見直し②

生活習慣病管理料(Ⅱ)の包括範囲から除外される医学管理

区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料

区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料

区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料

区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料

区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料

区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料

区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料

区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料

区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料

区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料

区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料

区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料

区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料

区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料

区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料

区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料

区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料

区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料

※下線部は今回追加されたもの

区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料

区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導

区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料

区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料

区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料

区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料

区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料

区分番号B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料

区分番号B006に掲げる救急救命管理料

区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)

区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料

区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)

区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料

区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料

区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料

区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料

区分番号B013に掲げる療養費同意書交付料

生活習慣病関連の評価の見直し③

眼科医療機関連携強化加算／歯科医療機関連携強化加算の新設

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

（新） 眼科医療機関連携強化加算 60点

〔算定要件〕

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

（新） 歯科医療機関連携強化加算 60点

〔算定要件〕

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

生活習慣病管理料に関する疑義解釈

Q1 生活習慣病管理料（Ⅱ）に新設された、眼科医療機関連携強化加算と歯科医療機関連携強化加算について、当該加算の対象となる眼科や歯科への紹介に当たって、診療情報提供料（Ⅰ）を併せて算定することは可能か。
また、これらの算定が同月であっても算定可能か。

→ 算定可能。

なお、この場合、診療情報提供料（Ⅰ）は、眼科又は歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の情報提供を行った場合に算定し、眼科医療機関連携強化加算及び歯科医療機関連携強化加算は、次回診療時に、当該他の保険医療機関への受診状況について確認した場合に算定することとなる。

また、同一患者につき、眼科医療機関への紹介及び歯科医療機関への紹介を行った場合には、同一月内であっても、それぞれの加算を算定して差し支えない。なお、当該眼科及び歯科が同一の保険医療機関において標榜されている場合であっても、それぞれ算定可能である



生活習慣病関連の評価の見直し④

在宅自己注射指導管理料の見直し

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

糖尿病を主病とする場合にあっては、
区分番号C101に掲げる在宅自己注
射指導管理料を算定しているときは、
算定できない。



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤(インスリン製剤等)を投与している場合であって、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

糖尿病の患者であっても、インスリン製剤など糖尿病の薬剤(※)以外の薬剤であれば、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

※インスリン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤

生活習慣病関連の評価の見直し⑤

充実管理加算の新設（外来データ加算の代わり）

※現行の外来データ提出加算について、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ、評価及び評価体系を見直す

改定前

生活習慣病管理料（Ⅰ）

生活習慣病管理料（Ⅱ）

外来データ提出加算 50点



改定後

生活習慣病管理料（Ⅰ）

生活習慣病管理料（Ⅱ）

充実管理加算

脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点	加算1 30点	加算1 30点
加算2 20点	加算2 20点	加算2 20点
加算3 10点	加算3 10点	加算3 10点

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
・ 継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち、集計期間中に脂質異常症に係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・ 継続受診を行う患者の割合	・ 集計期間中に、HbA1cに係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・ 集計期間中に、眼科医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合 ・ 継続受診を行う患者の割合	・ 継続受診を行う患者の割合

※ 各指標の上下限値の処理・標準化を行った上で実績値を算出する

外来様式1の見直し

外来様式1の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類(既往含む)
体重	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・LDLコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール(HbA1c)	血圧分類
慢性合併症:網膜症	リスク層
慢性合併症:腎症	収縮期血圧
慢性合併症:神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無(初発)	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	1日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	喫煙年数
急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がん-ステージ分類
TNM分類

在宅データ提出加算

別表第8の3に掲げる患者の状態

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール①

令和8年10月からデータの提出を開始する場合のスケジュール

	令和8年6月 ～7月	8月	9月	10月	令和8年11月 ～令和9年9月	令和9年10月 ～令和10年3月	令和10年4月 ～
	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値及び基準値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく 加算の算定開始
算定できる加算 (※1)	-			充実管理加算3			充実管理加算 1～3

※1 令和7年10月から令和8年9月までの間継続してデータの提出している医療機関については、令和9年度より実績に基づく加算の算定が可能となる。

令和9年4月からデータの提出を開始する場合のスケジュール(※2)

	令和8年12月～ 令和9年1月	2月	3月	4月	令和9年5月～ 令和10年3月	4月～9月	10月～
	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく 加算の算定開始
算定できる加算	-			充実管理加算3			充実管理加算 1～3

※2 基準値の集計は年1回のみ実施するが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として、年に2回実施することを予定している。

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール②

様式7の10の提出期間	充実管理加算3の 算定開始時期（※1）	実績値の集計対象期間	実績に基づく加算の 算定開始時期
令和7年5月20日 （既に終了）	令和7年10月（※2） （既に開始）	令和7年10月～令和8年9月 （令和9年度評価分） 令和8年10月～令和9年9月 （令和10年度評価分）	令和9年4月
令和7年11月20日 （既に終了）	令和8年4月（※2）	令和8年4月～令和9年3月 （令和9年度評価分） 令和8年10月～令和9年9月 （令和10年度評価分）	令和9年10月
令和8年5月20日	令和8年10月	令和8年10月～令和9年9月 （令和10年度評価分） 令和9年10月～令和10年9月 （令和11年度評価分）	令和10年4月
令和8年11月20日	令和9年4月	令和9年4月～令和10年3月 （令和10年度評価分） 令和9年10月～令和10年9月 （令和11年度評価分）	令和10年10月

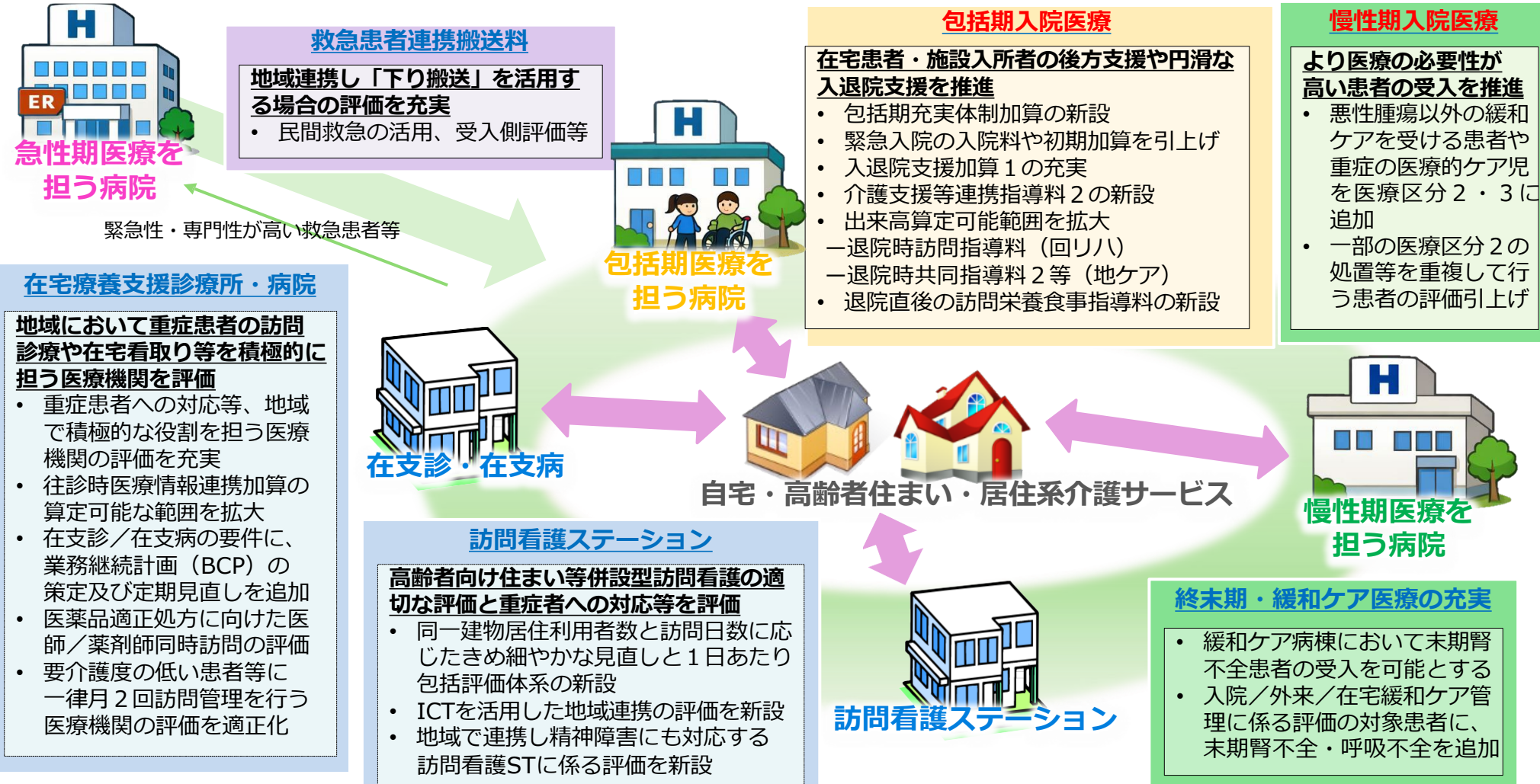
※1 試行データを適切に作成・提出したものと認められ、様式7の11の届出を行った場合の最短の算定開始時期。なお、令和8年3月31日において、現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、充実管理加算1に係る実績要件に該当するものとみなす。

※2 令和8年5月31日までは外来データ提出加算（生活習慣病管理料）。

在宅医療

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、**在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実**など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



在宅医療における物価賃金対応

項目			改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
在宅患者訪問診療料(I)1						+2点
在宅患者訪問診療料 1						
イ 同一建物居住者等以外の場合			888点	890点	890点	
□ 同一建物居住者の場合			213点	215点	215点	
2 在宅患者訪問診療料2						
イ 同一建物居住者等以外の場合			884点	886点	886点	
□ 同一建物居住者の場合			187点	189点	189点	
			+	+	+	
物価賃金対応	外来・在宅物価対応料〔訪問診療時〕(新設)		—	3点	6点	令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	令和7年度以前から 算定している医療機関の場合				令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
		イ 同一建物居住者等以外の場合	28点	107点	186点	
		□ イ以外の場合	7点	26点	45点	
	令和8年度より 算定する医療機関の場合					令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
	イ 同一建物居住者等以外の場合		—	79点	158点	
	□ イ以外の場合		—	19点	38点	

※在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料についても同様

在宅医療DX情報活用加算

改定後

- 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象

在宅医療DX情報活用加算 1 11点

在宅医療DX情報活用加算 2 9点

〔施設基準（医科医療機関）〕（要旨）

1 在宅医療DX情報活用加算 1 に関する施設基準

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (6) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
 - ア 医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること。
 - イ マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
- (7) (6)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 在宅医療DX情報活用加算 2 に関する施設基準

- 1の(4)（電子処方箋を発行する体制を有していること。）以外の基準を満たすこと。

3 経過措置

1の(5)（電子カルテ情報共有サービス）については当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。

(参考)
 現行の在支診の施設基準

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し①

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診 の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい ※連携型の機能強化型在宅療養支援診療所は、連携医療機関が全体として24時間連絡体制及び往診体制を確保していればよい		
機能強化型 在支診・在支病の基準	在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	
	過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上	
	地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい		
	各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合には、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。		

【機能強化型在支診である場合に評価される点数】

- ・往診料の注1加算(緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算)、在宅ターミナルケア加算
- ・在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算
- ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 ・在宅がん医療総合診療料

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し②

【 背 景 】

- 前回改定の検証調査において、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の1週間当たりの連絡体制及び往診体制を取っている時間を確認したところ、常時の場合と、極めて短い場合に分かれていることが示された。
- そこで、24時間の在宅医療提供体制を地域で面として確保する観点から、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所については、地域の24時間往診体制への貢献の度合いに応じて、よりきめ細かく評価することとされた。



【 改定の概要 】

現行の連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、普段から訪問診療を行っている医師(※)による**24時間の往診体制を月4回以上確保**していない診療所は、以下の点数について、機能強化型在支診の点数ではなく、通常の在支診の点数を算定することとなった。

※往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。

【見直しの対象となる点数】

- 往診料の注1の加算(緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算)
- 往診料の在宅ターミナルケア加算
- 在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算
- 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料
- 在宅がん医療総合診療料

算定のイメージ

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、
普段から訪問診療を行っている医師による
24時間の往診体制を月4回以上確保していない診療所

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
在宅時 医学総管理料	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総管理料	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

【背景】

- NDBデータによると、月2回以上訪問診療を実施している65歳以上の患者のうち、要介護3以上の患者など、特別な管理を要する患者さんに対する訪問診療を評価する「包括的支援加算」の算定患者割合を医療機関ごとに見ると、50%以上の医療機関が69%程度存在した一方で、10%以下の医療機関も13%程度みられた。一方で、患者の居住場所により、居宅及び施設に分類したところ、傾向に大きな差は見られなかった。
- そこで、患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価について、患者さんの状態等を勘案した評価を行うこととされた。



【改定の概要】

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行っている場合(難病等を除く。)」の算定に当たって、以下のいずれかの要件を満たすこと。

(以下の基準を満たさない場合、「月1回訪問診療を行っている場合」の点数を算定する)

[別に厚生労働大臣が定める基準]

以下のいずれかに該当すること。

- ① 直近**3か月**に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が**30月未満**であること。
- ② 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が**30月以上**であり、次を満たすこと。
 - 「**重症度の高い患者**(別表第8の2)」と「包括的支援加算の対象患者(別表第8の3)」のいずれかに該当する患者割合が**月2回以上の訪問診療を行う患者数の2割以上**であること。

(参考) 重症度の高い患者等

重症度の高い患者（別表第8の2）

- 1 次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
- 2 次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジン I₂ 製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）

以下のいずれかに該当する患者

- 要介護3以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- 麻薬の投薬を受けている患者
- 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

算定のイメージ

月2回区分における 重症患者割合要件の新設

		機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					従来型在支診・在支病					その他				
在宅時 医学総合管理料		1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)		5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問		4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)		3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問		2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)		1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料		1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)		3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問		3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)		2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問		1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)		1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

※ 矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

在宅時医学総合管理料に関する疑義解釈

Q1 「C002」在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準は、直近3か月に在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上の場合、在宅時医学総合管理料等の算定回数を要件の計算に使用することとなっているが、在宅時医学総合管理料等を新規に届け出る際はどのように取り扱えば良いか。

→ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を最初に届け出る際は、注16の基準に該当するものとして差し支えない。ただし、「届出に関する事項」の（3）に従い、届出後も当該基準の該当可否について毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

《抜粋》令和8年6月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その8）

Q2 「C002」在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）について、毎年2月、5月、8月及び11月に当該基準の該当可否を確認することとなっているが、2月、5月、8月及び11月に当該基準に該当しない（注16が適用される）として届け出た医療機関が、その後、2月、5月、8月及び11月以外の月に当該基準に該当するようになった場合、その時点で基準に該当しない旨の届出を取り下げ、その翌月からは注16を適用せずに算定することは可能か

→ 可能

《抜粋》令和8年7月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その10）



その他の在宅医療の主な見直し ①

- **在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止**
在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の要件及び評価を見直した上で、在宅医療充実体制加算に名称を変更する。
- **往診時医療情報連携加算の見直し**
地域における 24 時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所・病院以外である場合においても算定可能とする。
- **在宅療養支援診療所・病院の見直し**
 - 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。
 - 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを要件に追加する。
- **へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**
へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

その他の在宅医療の主な見直し ②

- ・ **医師と薬剤師の同時訪問の推進**

在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

- ・ **残薬対策に係る在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**

患家における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加する。

- ・ **在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し**

患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

等

在宅医療充実体制加算の新設①

質の高い在宅医療の提供体制の構築の更なる推進

在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

現行	改定後																																								
【在宅時医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 <table> <tr> <td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>400点</td></tr> <tr> <td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>200点</td></tr> <tr> <td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>100点</td></tr> <tr> <td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>85点</td></tr> <tr> <td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>75点</td></tr> </table> 【施設入居時等医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 <table> <tr> <td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>300点</td></tr> <tr> <td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>150点</td></tr> <tr> <td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>75点</td></tr> <tr> <td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>63点</td></tr> <tr> <td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>56点</td></tr> </table> 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点 【ターミナルケア加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 【在宅がん医療総合診療料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点 【施設基準】 <u>在宅緩和ケア</u>を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。	(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点	(5) (1)から(4)まで以外の場合	75点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点	(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点	【在宅時医学総合管理料】 <u>在宅医療充実体制加算</u> <table> <tr> <td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>800点</td></tr> <tr> <td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>400点</td></tr> <tr> <td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>200点</td></tr> <tr> <td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>170点</td></tr> <tr> <td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>150点</td></tr> </table> 【施設入居時等医学総合管理料】 <u>在宅医療充実体制加算</u> <table> <tr> <td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>600点</td></tr> <tr> <td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>300点</td></tr> <tr> <td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>150点</td></tr> <tr> <td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>126点</td></tr> <tr> <td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>112点</td></tr> </table> 【緊急<u>往診</u>加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 <u>在宅医療充実体制加算</u> 200点 【<u>ターミナルケア</u>加算】 <u>在宅医療充実体制加算</u> 2,000点 【在宅がん医療総合診療料】 <u>在宅医療充実体制加算</u> 300点 【施設基準】 <u>地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療</u>を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。	(1) 単一建物診療患者が1人の場合	800点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	400点	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	200点	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	170点	(5) (1)から(4)まで以外の場合	150点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合	600点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	300点	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	150点	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	126点	(5) (1)から(4)まで以外の場合	112点
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点																																								
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点																																								
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点																																								
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点																																								
(5) (1)から(4)まで以外の場合	75点																																								
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点																																								
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点																																								
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点																																								
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点																																								
(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点																																								
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	800点																																								
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	400点																																								
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	200点																																								
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	170点																																								
(5) (1)から(4)まで以外の場合	150点																																								
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	600点																																								
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	300点																																								
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	150点																																								
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	126点																																								
(5) (1)から(4)まで以外の場合	112点																																								

在宅医療充実体制加算の新設②

在宅医療充実体制加算の施設基準

➤ **地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療**を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

[具体的な要件の概要]

充実した人員等の体制	○ 在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上配置していること。 ○ 機能強化型の在支診・病であって、自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保していること。
看取り・緩和ケア等の提供機能	○ 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上かつ看取りの実績を30件以上有すること。 ○ 緩和ケア研修を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること。 ○ 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。 ○ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること。 ○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと。
重症患者の診療体制	○ 当該保険医療機関が在宅医療を提供する患者のうち、「別表第8の2」に該当する重症度の高い患者が2割以上であること。 ○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であること。
ICTを活用した多職種連携	○ 在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。
医師等の教育実績	○ 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。（在宅医療に携わるものに限る。） ・ 大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生の受入 ・ 協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医の受入 ・ 内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医の受入 ・ 地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師（研修医を含む。）の受入
在宅データの提出	○ 在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。

往診時医療情報連携加算の見直し

往診時医療情報連携加算の見直し

- 地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

従来型でも算定可

現行

【往診料 往診時医療情報連携加算】

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

改定後

【往診料 往診時医療情報連携加算】

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって機能強化型以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

[往診時医療情報連携加算を算定可能な組み合わせの整理]

		支援側の医療機関（＝往診時医療情報連携加算を算定）		
		単独型機能強化型	連携型機能強化型	従来型在支診・病
被支援側の医療機関 （＝平時の訪問診療を実施）	単独型機能強化型	単独で24時間体制を確保しており、想定されない。		
	連携型機能強化型	連携内で24時間体制を確保することが評価に含まれている。		
	従来型在支診・病	○	○	○
	その他	○	○	○

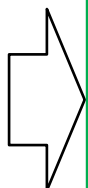
在宅療養支援診療所・病院の見直し②

第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

- **安心・安全な医療提供体制を確保する観点**から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。**

現行

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア （略）
イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（後略）
エ～ツ （略）



改定後

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア （略）
イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。**また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。**
ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（中略）**なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること。**
エ～ツ （略）

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

在宅療養支援診療所・病院の見直し③

業務継続計画の策定

- 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
〔施設基準〕
(新設)

令和9年5月末までの経過措置



改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
〔施設基準〕
「BCP策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

看取り数等の報告要件の削除

- 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
〔施設基準〕
年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。



改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
〔施設基準〕
(削除)

（参考）在宅療養支援診療所・病院の施設基準

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		従来型	機能強化型		従来型
	単独型	連携型		単独型	連携型	
全ての 在支診・在支 病の基準	① 24時間の連絡応需体制 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑧ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい ⑨ 業務継続計画の策定					
	① 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以上とされた医療機関ではないこと  外来医師過多区域			① 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4 km以内に診療所が存在しないこと ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満 ② 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること		
機能強化型在 支診・在支病 に追加で求め る基準	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上		① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上	
	② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上	② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上 ③ 自院での連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保	② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上	② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	
	④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上	④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが2件以上		④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上	④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが2件以上	
	⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい			⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい		
	⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出			⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出		

※ 青字は令和8年度改定において要件の追加又は明確化を行ったもの

入院（入院料等の見直し）

入院における 物価上昇への対応

大臣折衝 ※2

- ・令和8年度以降の物価上昇への対応として特別な項目を設定
- ・令和9年度は、令和8年度の2倍の評価

物価上昇に関する評価
【※2】

●点の2倍

物価上昇に関する評価
【※2】

+

【※4のうち入院分】

入院料

+

【※4のうち入院分】

入院料

入院料 + ■点

+ ●点

物価上昇への支援（補正予算）

入院料

令和6年度以降の
経営環境の悪化
への対応分

大臣折衝 ※4

令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分を入院料に上乗せ

入院料の見直し(物価賃金対応)

急性期一般入院料

	入院料本体	
	改定前	改定後
急性期一般入院料1	1,688点	1,874点(1,753点)
急性期一般入院料2	1,644点	1,779点(1,694点)
急性期一般入院料3	1,569点	1,704点(1,619点)
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点(1,512点)
急性期一般入院料4 (看護・多職種協働加算)	— — —	1,874点(1,753点)
急性期一般入院料5	1,451点	1,575点(1,490点)
急性期一般入院料6	1,404点	1,523点(1,438点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6～	R9.6～
58点	116点
45点	90点
45点	90点
45点	90点
58点	116点
36点	72点
34点	68点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、以下の点数が減算された()内の点数を算定する

急性期1 急性期4(看護・多職種協働加算)	▲ 121点
急性期2～6	▲ 85点

※その他の入院料等についても同様

入院料の見直し(物価賃金対応)

地域一般入院料

	入院料本体	
	改定前	改定後
地域一般入院料1	1,176点	1,290点(1,225点)
地域一般入院料2	1,170点	1,282点(1,217点)
地域一般入院料3	1,003点	1,097点(1,032点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6～	R9.6～
32点	64点
32点	64点
23点	46点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、以下の点数が減算された()内の点数を算定する

地域一般入院料1～3	▲ 65点
------------	-------

※その他の入院料等についても同様

有床診療所入院基本料		入院料本体	
		改定前	改定後
有床診療所入院基本料1	14日以内	932点	1,027点(932点)
	15日以上30日以内	724点	819点(724点)
	31日以上	615点	710点(615点)
有床診療所入院基本料2	14日以内	835点	930点(835点)
	15日以上30日以内	627点	722点(627点)
	31日以上	566点	661点(566点)
有床診療所入院基本料3	14日以内	616点	711点(616点)
	15日以上30日以内	578点	673点(578点)
	31日以上	544点	639点(544点)
有床診療所入院基本料4	14日以内	838点	933点(838点)
	15日以上30日以内	652点	747点(652点)
	31日以上	552点	647点(552点)
有床診療所入院基本料5	14日以内	750点	845点(750点)
	15日以上30日以内	564点	659点(564点)
	31日以上	509点	604点(509点)
有床診療所入院基本料6	14日以内	553点	648点(553点)
	15日以上30日以内	519点	614点(519点)
	31日以上	490点	585点(490点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6～	R9.6～
72点	144点
56点	112点
48点	96点
65点	130点
49点	98点
44点	88点
48点	96点
45点	90点
42点	84点
65点	130点
51点	102点
43点	86点
58点	116点
44点	88点
40点	80点
43点	86点
40点	80点
38点	76点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、
入院料本体から95点が減算された()内の点数を算定

※その他の入院料等についても同様

有床診療所 療養病床入院基本料	入院料本体	
	改定前	改定後
入院基本料A (生活療養を受ける場合)	1,073点 1,058点	1,131点(1,073点) 1,116点(1,058点)
入院基本料B (生活療養を受ける場合)	960点 944点	1,018点(960点) 1,002点(944点)
入院基本料C (生活療養を受ける場合)	841点 826点	899点(841点) 884点(826点)
入院基本料D (生活療養を受ける場合)	665点 650点	723点(665点) 708点(650点)
入院基本料E (生活療養を受ける場合)	575点 560点	633点(575点) 618点(560点)



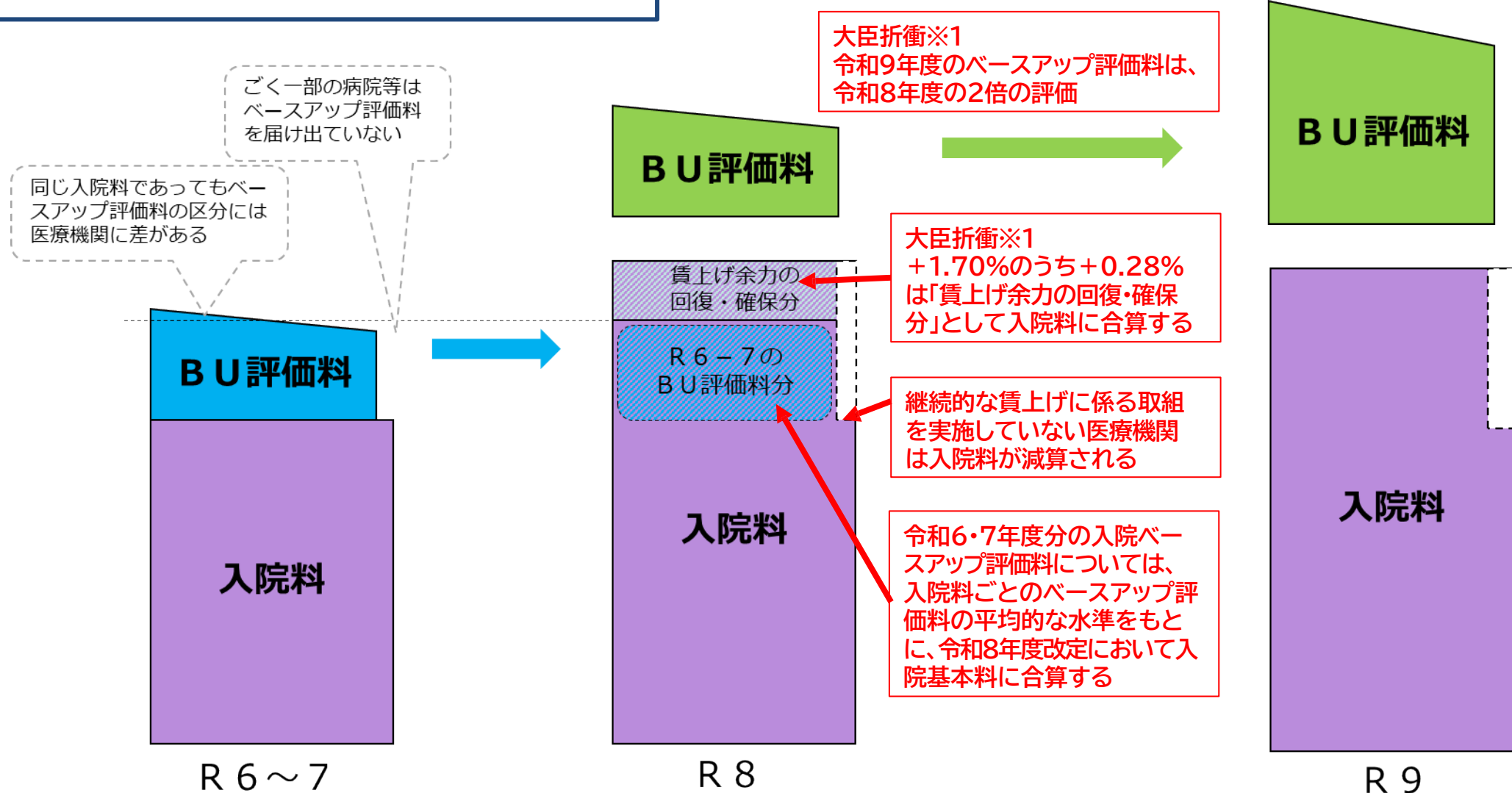
入院物価対応料(新設)	
R8.6～	R9.6～
28点	56点
25点	50点
22点	44点
17点	34点
15点	30点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、
入院料本体から58点が減算された()内の点数を算定

※その他の入院料等についても同様

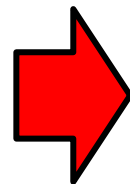
入院における 賃上げのための対応

(入院料・入院ベースアップ評価料に関する対応)



入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料163	163点
入院ベースアップ評価料164	164点
入院ベースアップ評価料165	165点



改定	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料165	165点
入院ベースアップ評価料166	166点
⋮	
入院ベースアップ評価料250	250点
入院ベースアップ評価料251	251点
入院ベースアップ評価料252	252点
⋮	
入院ベースアップ評価料498	498点
入院ベースアップ評価料499	499点
入院ベースアップ評価料500	500点

【改定の概要】

- ① 現在は、
ベースアップ評価料1(1点)から、
ベースアップ評価料165(165点)の範囲で算定



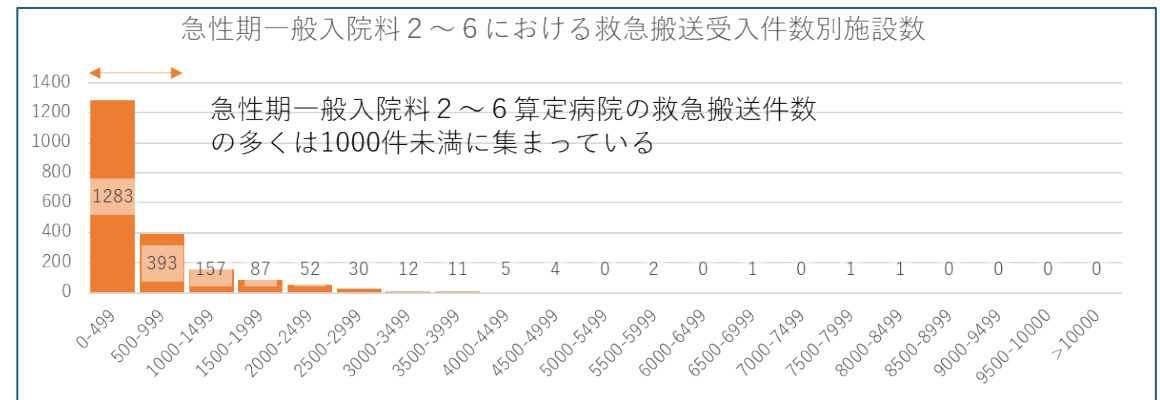
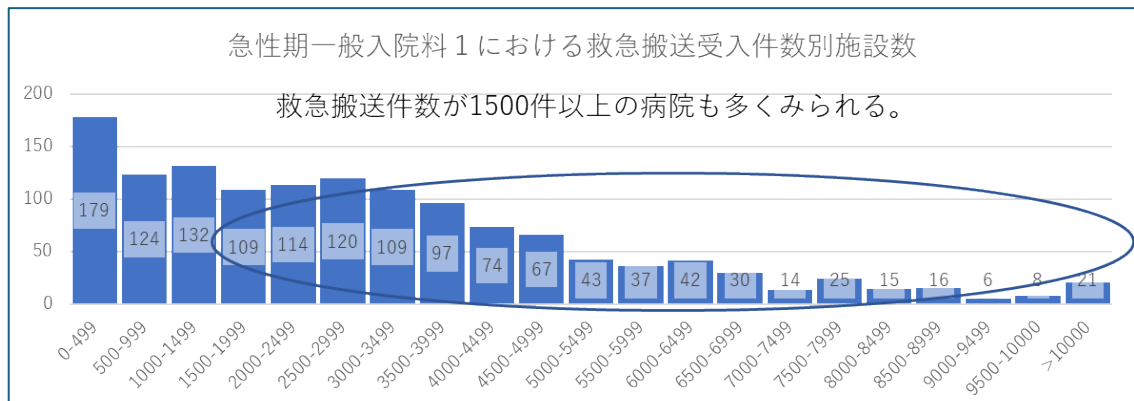
令和8年6月からは、
ベースアップ評価料1(1点)から、
ベースアップ評価料250(250点)に算定範囲が拡大
さらに令和9年6月からは、
ベースアップ評価料251(251点)から
ベースアップ評価料500(500点)までの点数も算定可能

- ② また、40歳未満の勤務医師や事務職員等についても対象になる

急性期病院一般入院基本料の新設

考え方①

- ✓ 現在の急性期一般入院料1を算定する病院には、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々な病院があることが確認された。



- そこで、「**拠点的な急性期病院**」や「**地域の救急・急性期機能を担う病院**」について、
病棟機能とともに、「**病院としての機能**」を踏まえた評価として、「**急性期病院一般入院基本料**」が新設されることになった。

- 「**拠点的な急性期病院**」 = 急性期病院**A**一般入院料
- 「**地域の救急・急性期機能を担う病院**」 = 急性期病院**B**一般入院料

- 新しい入院料が新設される一方で、現在の「急性期一般入院料1～6」も残るので、病院は、自院の状況等に応じて選択することが可能

急性期病院一般入院基本料の新設

主な施設基準の比較

	急性期病院A	急性期病院B
看護配置	7:1(看護師7割以上)	10:1(看護師7割以上)
平均在院日数	16日	21日
重症度、医療・看護必要度	割合①:2割7分 割合②:3割5分	割合①:2割7分 割合②:3割5分
急性期医療の実績	救急搬送件数 年2,000件以上 かつ 全身麻酔手術 年1,200件以上	以下のいずれかを満たす ①救急搬送件数 年1,500件以上 ②救急搬送件数 年 500件以上 全身麻酔手術 年 500件以上 ③所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数(年1,000件以上) ④離島の場合は所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数
DPC、 地域包括医療病棟、 地域包括ケア病棟等との関係	- DPC対象病院であること - 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の届出を行っていないこと	- DPC対象病院であること - 地域包括医療病棟の届出を行っていないこと

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

		急性期病院 A		急性期病院 B※1		急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1		急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が 看護師)		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)					
看護・多職種※1				25対1以上						25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①：28% 指数②：35%					28%	24%	20%	指数①：28% 指数②：35%	15%	測定している こと
	必要度Ⅱ	指数①：27% 指数②：34%					27%	23%	19%	指数①：27% 指数②：34%	14%	
平均在院日数		16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内			16日以内		21日以内	
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上		－	8割以上	8割以上	－			8割以上		－
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		－	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		－	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		－
救急搬送等の病院の実績		以下を満たす ・救急搬送2,000 件/年以上 ・全麻手術1,200 件/年以上		以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数（1000件/年以上） ・離島医療圏で最大救急搬送件数		－						
データ提出加算		○（要件）										
点数		1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点	

※ 1 急性期病院 B 入院基本料又は急性期一般入院料 4 において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員 10 対 1 以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員 25 対 1 が配置される。

※ 2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る **指数**：該当患者割合 + **救急搬送応需係数**

急性期病院 A・B、急性期一般 1：割合① A 3 点以上、又は C 1 点以上
割合② A 2 点以上、又は C 1 点以上
急性期一般 2～5：A 2 点以上かつ B 3 点以上、又は A 3 点以上、又は C 1 点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}}$ ÷当該病棟の病床数

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度の見直し

考え方

- ✓ 現行の重症度、医療・看護必要度では、手術症例に比べて、**内科系疾患は点数が得られにくい**という問題点があった
- ✓ また、救急搬送による入院の多くが「手術なし症例」であったが、救急搬送受入件数が多くても、**手術なし症例が多い病院**では密度の高い医学的管理を実施しているにもかかわらず、重症度、医療・看護必要度の**基準を満たしにくい**、という問題点もあった

➤ そこで、

- ① **内科系疾病に関連したA・C項目**の追加と、
- ② **救急搬送受入件数に応じた評価**を行うことで、手術なし症例や救急搬送への対応した場合の評価が、適切に重症度、医療・看護必要度に反映されるように見直しを行うことになった

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、[レセプト電算処理システム用コード（改定による内容の見直しあり）](#)を用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	－	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	－	－
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	－	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり	－
6	専門的な治療・処置（※2）	－	－		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間） II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	－	あり	－

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（4日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度 I の場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

B	患者の状況等	患者の状態		
		0点	1点	2点
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9	移乗	自立	一部介助	全介助
10	口腔清潔	自立	要介助	－
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	－
14	危険行動	ない	－	ある

×

介助の実施	
0	1
－	－
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
－	－
－	－

ABCに変更は無し

重症度、医療・看護必要度のA、B、C項目の対象の追加

A、B、C項目の対象の追加

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における **A項目**「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」並びに **C項目**「**救命等に係る内科的治療**」、**「別に定める検査」** 及び **「別に定める手術」** について、以下の **対象となる治療等を追加** する。

A	モニタリング及び処置等	分類	名称
6	① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	医薬品	ホリナートカルシウム
		医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）

C	手術等の医学的状況	分類	名称
21	救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
		注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
		注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
		処置	腰椎穿刺
		処置	吸着式血液浄化法
		処置	カウンターショック（その他）
		処置	持続緩徐式血液濾過
		処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
		手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
		手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
22	別に定める検査	手術	経皮経肝バルーン拡張術
		検査	E F - 気管支
		検査	経気管肺生検法
		検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
		検査	組織試験採取、切採法（心筋）
		検査	E B U S - T B N A
		検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査

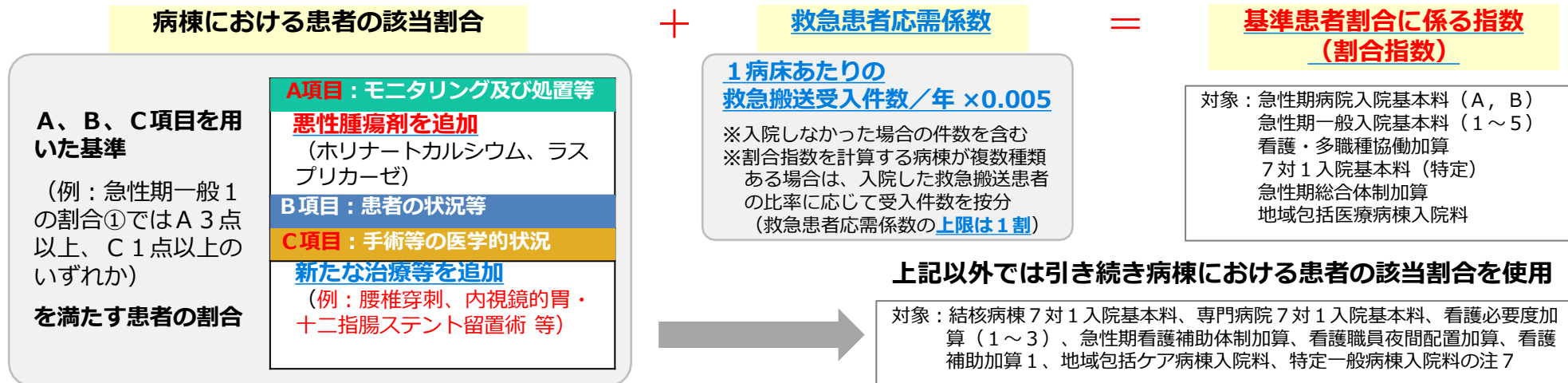
手術なし症例の適切な評価のため追加

C	手術等の医学的状況	分類	名称
23	別に定める手術	手術	内シャント設置術
		手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
		手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
		手術	経皮的胆管ドレナージ術
		手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
		手術	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）
		手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
		手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
		手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
		手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
		手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
		手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
		手術	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）
		手術	下部消化管ステント留置術
		手術	体外衝撃波膵石破碎術（一連につき）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
		手術	薬剤投与用胃瘻造設術

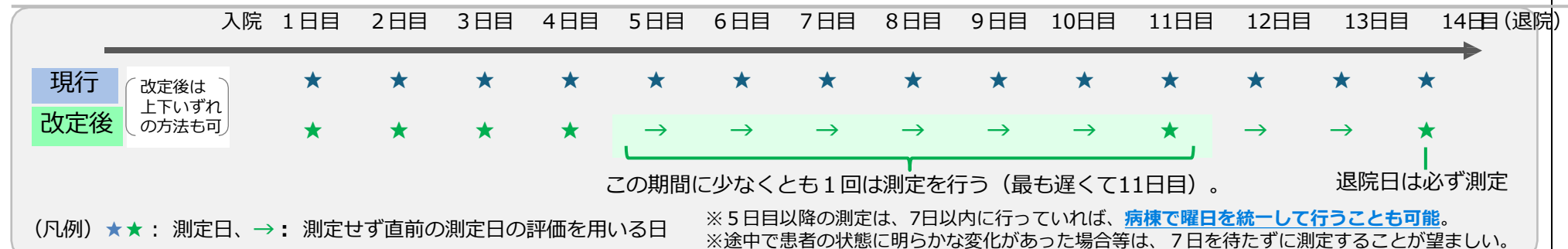
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

- **救急搬送症例や手術なし症例について適切な評価を進める観点から、以下の見直しを行う。**
- **A項目**「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」、**C項目**「救命等に係る内科的治療」、**「別に定める検査」**、**「別に定める手術」**について、**対象となる治療等を追加**する。
 - 急性期一般入院料等を使用する一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた係数を加えた指数を用いる。



- 現行どおり毎日測定するか、B項目の**測定に係る負担軽減**の観点から、**入院5日目以降の測定頻度を7日ごとに1回**（患者の状態に明らかな変化が生じた場合を除く）とし、それ以外の日は直近の評価をもって代替することも可能とする。



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

重症度、医療・看護必要度の見直し

- **A項目・C項目への対象コードの処置等の追加、該当患者割合への救急患者応需係数の加算に伴い、該当患者割合に係る基準を見直す。**

現行		
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1
急性期一般入院料1	割合①：21% 割合②：28%	割合①：20% 割合②：27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	—	割合①：20% 割合②：27%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
地域包括医療病棟	割合①：16%	割合①：15%

7%上昇



改定後（割合指数の基準）		
	必要度Ⅰ※2	必要度Ⅱ※2
急性期病院A一般入院料 急性期病院B一般入院料 急性期一般入院料1 看護・多職種協働加算	割合①：28% 割合②：35%	割合①：27% 割合②：34%
急性期一般入院料2	28%	27%
急性期一般入院料3	24%	23%
急性期一般入院料4	20%	19%
急性期一般入院料5	15%	14%
7対1入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	—	割合①：27% 割合②：34%
急性期総合体制加算1	割合①：33% 割合②：40%	割合①：32% 割合②：39%
急性期総合体制加算2	割合①：32% 割合②：39%	割合①：31% 割合②：38%
急性期総合体制加算3	割合①：30% 割合②：37%	割合①：29% 割合②：36%
急性期総合体制加算4	割合①：29% 割合②：36%	割合①：28% 割合②：35%
急性期総合体制加算5	割合①：28% 割合②：35%	割合①：27% 割合②：34%
地域包括医療病棟	19%	18%

【該当患者の基準】

急性期病院※a、 急性期1※a、 看護・多職種 協働加算、 7対1入院基本 料(特定)※a、 急性期総合※a	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
	割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期 2～5	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括 医療病棟※ab	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上

- ※a B項目については、該当患者の基準からは除外されているが、評価票を用いて評価を行っていること
 ※b この他に、入院初日にB項目が3点以上である患者の割合が5割を超えていること

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

※2 該当患者の基準を満たす患者割合に、救急患者応需係数を加えた、患者割合に係る指数（割合指数）が満たすべき基準

地域包括医療病棟入院料 等

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- **包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

【算定要件】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

地域包括医療病棟入院料1（急性期病棟なし）

イ 入院料1 3,367点

□ 入院料2 3,267点

ハ 入院料3 3,117点

2 地域包括医療病棟入院料2（急性期病棟有り）

イ 入院料1 3,316点

□ 入院料2 3,216点

ハ 入院料3 3,066点

【算定要件】

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。

地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟**なし**

地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟**あり**

- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。

入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの

入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの

入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

入院料1は手術の
出来高算定がない
ので高い

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

- **高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進**する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、**平均在院日数**、**ADL低下割合**及び**重症度、医療・看護必要度の基準**を見直す。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後 ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対1 (7割以上が看護師)	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす A2点以上、C1点以上	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	基準該当患者割合に係る指数 (※) として 必要度Ⅰ 19% 必要度Ⅱ 18% ※該当患者割合 + 救急搬送応需係数	
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上	
平均在院日数	21日	20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日 (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	5%未満	7%未満 (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%) 緩和	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1	地域包括医療病棟2
		急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料 特定機能病院、専門病院入院基本料	急性期総合体制加算★ 急性期病院A, B入院料★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	3,117~3,367点	3,066~3,316点

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、**在宅患者支援病床初期加算**について、①の対象を**救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大**するとともに、評価を見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① **救急搬送**された患者又は救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 580点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 480点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
 - ① **救急搬送**された患者又は救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 480点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 380点



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① **緊急入院した**患者の場合 590点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 410点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
 - ① **緊急入院した**患者の場合 490点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 310点

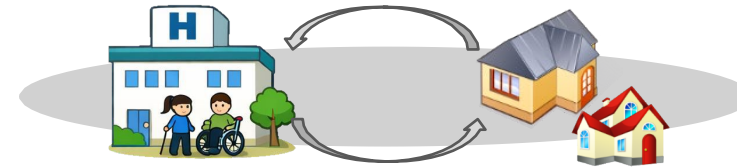
- 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「B005」退院時共同指導料2**及び**「B005-1-2」介護支援等連携指導料**について、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

- **高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から**、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の**地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟**で算定可能な**包括期充実体制加算を新設**する。

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

〔算定要件〕

注1 在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して**14日を限度として**所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- **許可病床数**が**200床未満**（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- **地域包括医療病棟入院料**又は**地域包括ケア病棟入院料**を算定する病棟を有する病院であること。
- 「A100」のうち**急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院**であること。
- 協力対象施設入所者入院加算（※）、入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 地域において**高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績**を有していること。

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績

施設後方支援の体制（※）	原則 3以上の施設の協力医療機関 になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの 緊急入院 が 直近3か月 で 15件以上 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3 の算定回数が 直近1年 で合わせて 12回以上 又は 協力対象施設入所者入院加算1・2 の算定回数が 直近1年 で合わせて 4回以上
救急医療の実績	救急搬送及び下り搬送からの入院 が全入院患者の 8%以上
入退院支援の実績	退院時共同指導料2 と 介護支援等連携指導料2 の算定回数が 直近3か月 で合わせて 3回以上

算定要件はこちら

入退院支援加算の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

- 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算1の評価を見直す。

現行			改定後	
1 入退院支援加算1			1 入退院支援加算1	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点		イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点		(新) ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合	1,000点
			ハ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点

入院中の患者に対する家族等による面会に係る基準（入退院支援加算）の新設

- 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう、入退院支援加算に規定を設ける。

第26の5 入退院支援加算

- 1 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2及び入退院支援加算3においても同様。
- (2) 第35の6（1）ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

退院先となる介護保険施設等への誘導に係る基準の新設

- 入退院支援を行うにあたり、保険医療機関から退院先となる介護保険施設等への誘導を行うことによって、当該介護保険施設等から金品を収受し、誘引その他の財産上の利益を収受していないことを施設基準に規定する。

- (1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。
- ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。

入退院支援加算の見直し②

入退院支援加算の算定対象の見直し

- 算定対象となる患者における退院困難な要因について、**家族や親族との連絡が困難であること等を追加**する。

現行

【入退院支援加算 1 及び 2】
 [算定要件] 退院困難な要因
 ア～イ (略)
 ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
 エ～ソ (略)
 タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合



改定後

【入退院支援加算 1 及び 2】
 [算定要件] 退院困難な要因
 ア～イ (略)
 ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること**若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと**（介護保険法施行令第2条以各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
 エ～ソ (略)
 タ **患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること**
 チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

注5 注4の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に**200点を所定点数に加算する。**

療養病棟入院基本料 等

療養病棟入院基本料の見直し

慢性期病棟ではより医療の必要性の高い患者の受け入れ

医療区分の見直し

- 処置等の医療区分2に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、**感染症にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合**には、**処置等に係る医療区分3**の患者として入院料を算定することとする。
- **非がん疾患に対する緩和ケアを評価**する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分2に追加する。
- **医療的ケア児の受入について評価**する観点から、超重症児・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分3に、準超重症児は医療区分2に追加する。

求める医療区分2・3割合の見直し

- **療養病棟入院基本料2**において求める**医療区分2・3の患者の割合**を、5割から**6割に引き上げる**。

現行

【療養病棟入院料2】

〔施設基準〕

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**五割**以上であること。



改定後

【療養病棟入院料2】

〔施設基準〕

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**六割**以上であること。

〔経過措置〕 令和8年3月31日において現に療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(1)の八に該当するものとみなす。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・<u>区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）</u>	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・<u>医療区分2の処置等のうち、（1）及び（2）のいずれにも該当するもの</u>
医療区分2	悪性腫瘍以外の終末期患者 ・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・<u>末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。）</u> ・<u>末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。）</u> ・<u>末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であつて、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。）</u> ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 ・<u>区分番号A212に掲げる超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）</u>	（1）感染症の治療に係る処置 ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） （2）創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置 ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） （3）その他の処置 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・頻回の血糖検査 ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く） ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 （4）傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- 身体的拘束の最小化に向け、管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制について、新たな評価を設ける。

(新) **身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき）** **40点**
算定日数に制限なし

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、
 特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟

（※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る） **包括期から慢性期の入院を担う病棟**



[施設基準（抜粋）]

- ・ **病院長や看護部長**が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- ・ 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる**全ての職員が受講**していること。
- ・ 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- ・ 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施していること。
- ・ 身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- ・ 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- ・ 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- ・ 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- ・ 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める**身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下**（届出から1年間は5%以下）であること。
- ・ 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。

入院基本料等の通則（身体拘束最小化）

入院基本料等の通則の見直し

主な見直し3つ

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内（短期）**であると見込まれる場合等であって、**①診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者**に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要（簡素化）**とし、**説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- **②身体的拘束最小化の基準（の見直し）**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

- ・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

- いずれかを満たすこと
- ・身体的拘束の実施割合が1割5分以下
 - ・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと

○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- 正当な理由なく**③入院中の患者に対する家族等による面会を妨げない**よう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に新たに規定を設ける。

[施設基準]

第五 病院の入院基本料の施設基準等 ー 通則

- (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**

※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

- 入院料の通則における身体的拘束最小化の基準に、**組織風土を醸成することの重要性**や、医療機関が定期的に行う**研修において身体的拘束の代替手段や患者の尊厳の保持に関する内容を含むことが望ましい**ことを追加する。
- また、身体的拘束最小化チームが作成する指針に盛り込むことが望ましいとしていた内容について、必ず含めることとする。（経過措置あり）

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

- ・当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修



改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

- ・**患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から**、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**また、こうした組織風土の醸成に努めること。**

- ・**身体的拘束最小化チーム**では、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（**薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。**）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する**定期的な研修**（**身体的拘束の代替手段**に関する内容のほか、**患者の尊厳の保持の重要性**に関する内容を含むことが望ましい。）

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

すべての病院が対象、経過措置令和9年5月31日

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合（何もしない場合）は、
- 入院料を**1日につき20点減算**する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・ 身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・ 身体的拘束最小化チームの設置
- ・ チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合**は、40点の減算ではなく、入院料を**20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下（15%以下）**であること。
- イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。**（15%以上の場合）**
 - （イ）**委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
 - （ロ）身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。
 - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
 - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
 - （ハ）入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）**を年に**2回以上**実施する。

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。

その他
(救急外来医学管理料、短期滞在手術等基本料3)

救急外来医療に係る評価の再編①

救急外来医学管理料の新設

- 救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、**夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設**する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料

イ	救急搬送医学管理料 1	800点
ロ	救急搬送医学管理料 2	600点
ハ	救急搬送医学管理料 3	200点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者**に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2 夜間休日救急医学管理料

イ	夜間休日救急医学管理料 1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料 2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料 3	50点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。ウオークイン**）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

(新) 救急外来緊急検査対応加算

イ	救急外来緊急検査対応加算 1	300点
ロ	救急外来緊急検査対応加算 2	200点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、出血・凝固検査、血液化学検査、免疫血液学的検査、細菌培養同定検査、コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）、第6部第1節第1款注射実施料（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）又は第9部第1節処置料（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。



(新) 時間外救急搬送加算

イ	土曜、日曜、祝日の夜間	300点
ロ	土曜、日曜、祝日以外の日の夜間	250点
ハ	土曜、日曜、祝日の夜間以外の時間	200点

〔算定要件〕

救急搬送医学管理料について、**土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者**に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、所定点数に加算する。

精神科疾患患者等受入加算

400点

〔算定要件〕

急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合に所定点数に加算する。

救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

- 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。
 - 救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、**入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げる**とともに、**自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする**。

現行	改定後
【救急患者連携搬送料】 (新設) 1 入院中の患者以外の患者の場合 1,800点 2 入院初日の患者の場合 1,200点 3 入院2日目の患者の場合 800点 4 入院3日目の患者の場合 600点 (新設)	【救急患者連携搬送料】 1 救急患者連携搬送料 1 イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合 (1) 入院中の患者以外の患者の場合 2,400点 (2) 入院初日の患者の場合 1,200点 (3) 入院2日目の患者の場合 800点 (4) 入院3日目の患者の場合 600点 ロ その他の場合 (1) 入院中の患者以外の患者の場合 1,000点 (2) 入院初日の患者の場合 500点 (3) 入院2日目の患者の場合 350点 (4) 入院3日目の患者の場合 200点

- 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入を更に推進する観点から、**搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設**する。

(新)	2 救急患者連携搬送料 2	
イ	医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合	800点
ロ	その他の場合	200点

〔算定要件〕

- 2のイについては、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。
- 2のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。

〔施設基準〕

- 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。
- 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、**医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設**する。

(新)	長時間加算	700点
-----	--------------	-------------

短期滞在手術等基本料3の見直し

短期滞在手術等基本料3の見直し

- **DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料3を算定**するよう、要件を見直す。

区分		現行
DPC対象病院	DPC病床	DPC算定
	非DPC病床	出来高算定
出来高算定病院		短期滞在手術等基本料3



改定後
短期滞在手術等基本料3

- 対象手術等を追加するとともに、実態を踏まえ、**物件費の高騰及び賃上げへの措置も考慮**し、評価を見直す。

現行	
[対象手術の追加・評価の見直しの例]	
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側）（新設）	17,457点



改定後	
[対象手術の追加・評価の見直しの例]	
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側）	18,001点
K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの	16,876点

- **外来での実施率が特に高い手術等について、評価を見直すとともに、これらを外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。**

（新）入院手術対応加算（K721内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満） 366点 ※手術毎に異なる加算を設定

[施設基準]（概要）

- 当該保険医療機関における、対象手術の外来実施率を、対象手術毎の全病院における外来実施率に、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値が、1.3以上であること。

計算の例

	症例数	外来実施件数	当該病院での 外来実施率	全病院での 平均的な外来実施率
A手術	100	90	90%	60%
B手術	20	10	50%	80%
計	120	80	67%	-

当該医療機関
の外来実施率

$$\left\{ \frac{90+10}{100+20} \right.$$
 想定される
外来実施率

$$\left. \frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20} \right\} \div 1.32$$

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (M S L T)
 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (G H) (一連として)
 D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
 D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術
 K 0 4 6 骨折観血的手術 6 手舟状骨骨折観血的手術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 6 前腕骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 8 鎖骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 10 手根骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 11 中手骨骨内異物除去術
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術
 K 0 9 3-2 手根管開放手術 (内視鏡下)
 K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼 (内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
 K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合)
 K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (その他の場合)
 K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
 K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
 K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
 K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
 K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
 K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術
 M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

処方・投薬関連

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行

【処方箋料】

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

7・8 (略)

改定後

【処方箋料】

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 8点

ロ 一般名処方加算2 6点

7・8 (略)

もう一般的となった
という理由で減点

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

現行

【処方箋料】

【算定要件】

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

改定後

【処方箋料】

【算定要件】

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について①

〔院内掲示が求められる項目について〕

○長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることについて、

院内掲示が求められる項目は以下の項目が追加となった。

○特定疾患療養管理料 ○皮膚科特定疾患指導管理料 ○婦人科特定疾患治療管理料 ○耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

○二次性骨折予防継続管理料 ○小児科外来診療料

(※ 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)については、令和6年度改定で実施済み)

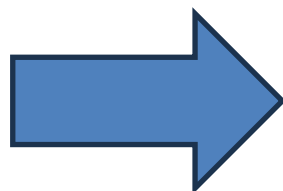
改定前

地域包括診療加算・診療料

※認知症地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

※認知症地域包括診療加算・診療料は
地域包括診療加算・診療料へ統合



改定後(赤線部分が追加)

地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

特定疾患療養管理料

皮膚科特定疾患指導管理料

婦人科特定疾患治療管理料

耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

二次性骨折予防継続管理料

小児科外来診療料

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について②

○長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることの**院内掲示の例**

日本医師会メンバーズルームに掲載

(https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/03-2innaikeiji_nitii.pptx)

投薬についての当院からのお知らせ

当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・28日以上長期処方を行うこと
- ・リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応も可能です。



※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。

【参考】保険医療機関及び保険医療養担当規則（厚生労働省令）

第20条第2号 投薬

ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

医院

処方箋様式の見直し

〔処方箋様式見直し項目①〕

①リフィル処方箋の定義を記載

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し最大3回まで反復利用できる処方箋

〔処方箋様式見直し項目②〕

②保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

- ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

〔薬局における減量についての補足〕

- 医師が残薬対応について処方箋にチェックした場合に薬局で減量できるのは、内服であれば日数、外用薬であれば量や枚数を減らすのみ。
- 1回あたりの数量、1日あたりの回数は減らせない。
- 医薬品の品目そのものを減らすことはできない。

(この処方箋は、その保険期間でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	(枝番)

氏名	保険医療機関の所在地及び名称	
生年月日	男・女	電話番号
区分	被保険者	保険医氏名
	被扶養者	都道府県番号
		点数表番号
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間
		令和 年 月 日

変更不可 (医療上必要) 患者希望 (個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更、若し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。)

処方

リフィル可 ☐ (回)

保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)

備考

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)
☐ 1回目調剤日 (年 月 日) ☐ 2回目調剤日 (年 月 日) ☐ 3回目調剤日 (年 月 日)
 次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5冊を標準とする。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

選定療養

（長期収載品、予約に基づく診察のキャンセル料の徴収）

長期収載品の選定療養

- 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、**患者負担の見直し**を行う。

現行

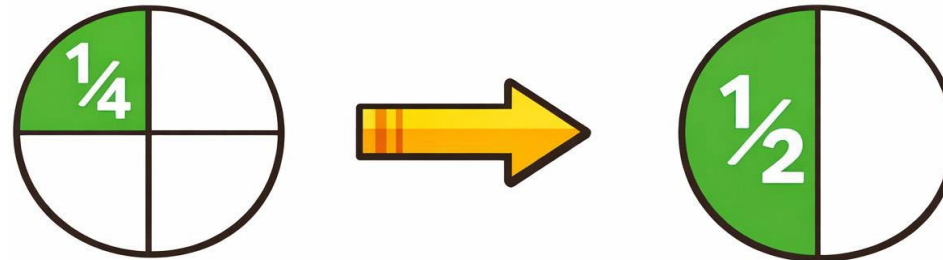
【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

改定後

【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に二分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額



- 時間外の選定療養について、医療機関のみであったところを薬局についても追加する。

現行

【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】

3 保険医療機関が表示する診療時間以外における診療

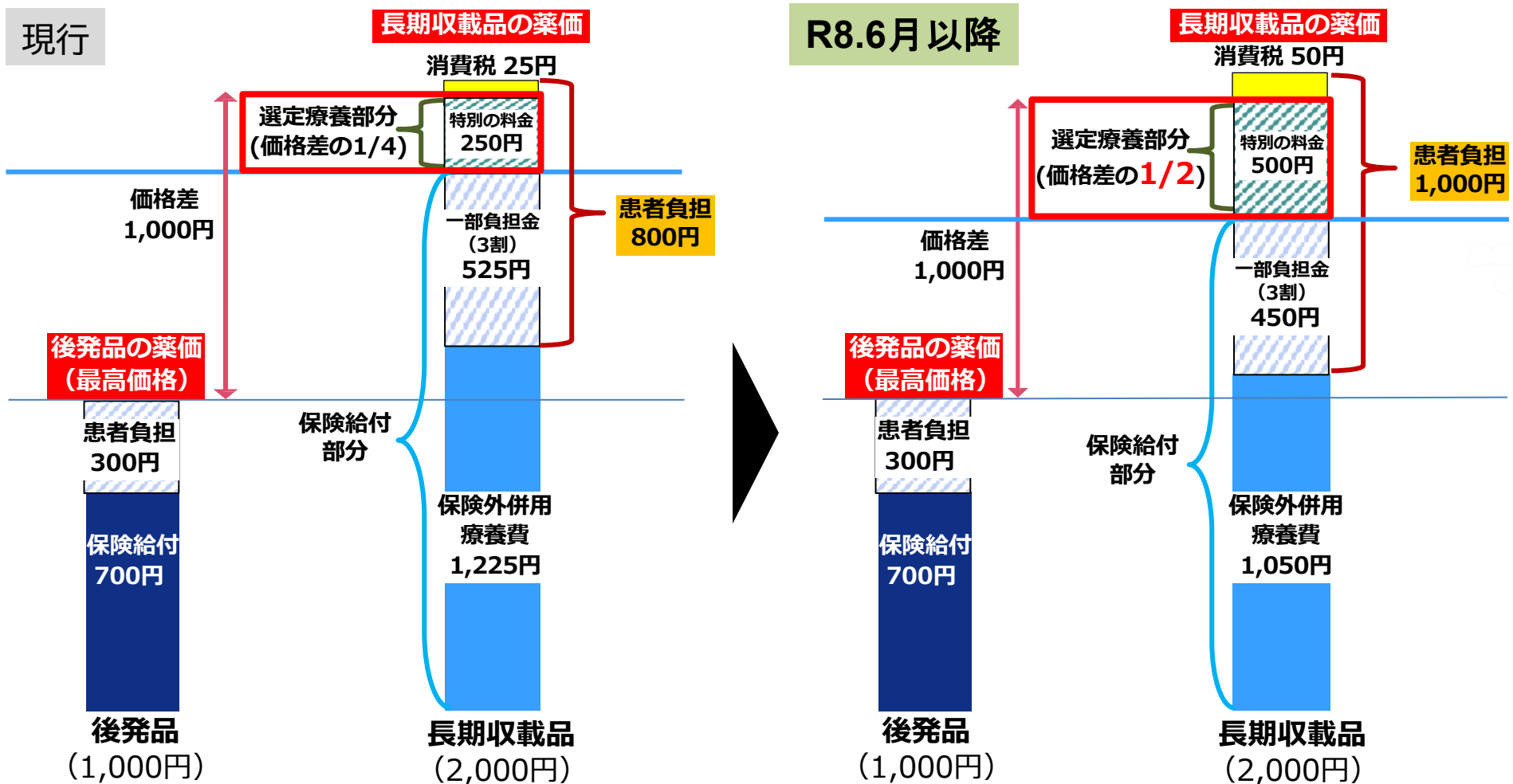
改定後

【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】

3 保険医療機関 **又は保険薬局** が表示する診療時間 **又は開店時間** 以外の時間における診察等

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

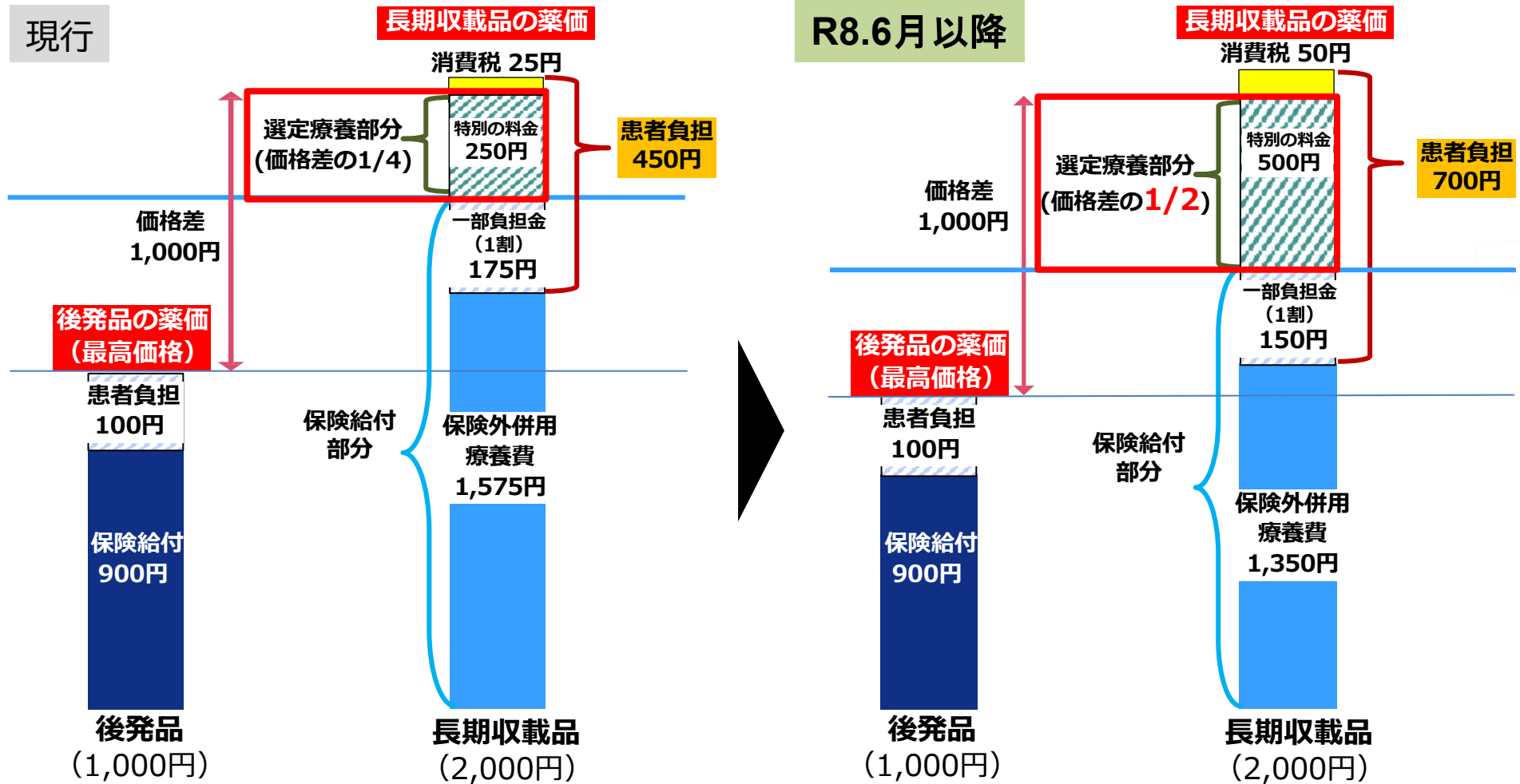
例：3割負担の場合（例：長期収載品と後発医薬品の価格差が1,000円の場合）



令和8年6月以降は患者から徴収する選定療養部分（特別の料金）が長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1の金額となり、患者負担額が増加する。

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

例：1割負担の場合（例：長期収載品と後発医薬品の価格差が1,000円の場合）



令和8年6月以降は患者から徴収する選定療養部分（特別の料金）が長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1の金額となり、患者負担額が増加する。

予約に基づく診察のキャンセル料の徴収

令和8年6月1日より、療養の給付と直接関係ないサービスとして「予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料」が追加された。

→ **選定療養の「予約に基づく診察」**において、
診察日の直前に患者都合で予約がキャンセルされた場合に
限って費用徴収が可能。



全ての予約患者からキャンセル料の徴収が可能ではない

※自由診療(健康診断や予防接種 等)に関するものは、選定療養に該当しないため、医療機関の任意で徴収が可能

選定療養とは…

保険診療との併用が認められている保険外併用療養のうち、将来的な保険導入を前提としないもので、患者の選択により特別の料金の徴収が認められているもの。

予約に基づく診察のキャンセル料の徴収

★実施するには、事前に「予約に基づく診察の実施(変更)報告書」(別紙様式3)を関東信越厚生局東京事務所に届出する必要あり。

★実施にあたっては、対応すべき義務や複数の留意事項があるため注意が必要。

例) 予約時の患者説明及び同意取得、院内・ウェブサイトへ料金体系の掲示、
外来診療時間の約2割は以上は予約料なし患者を受け入れる 等

書式などは、関東信越厚生局の
ホームページからダウンロード可能

【関東信越厚生局】
保険外併用療養費の報告



(別紙様式3)

予約に基づく診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。
令和 年 月 日

連絡先
担当者:
電話番号:

保険医療機関コード:
保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科 科

2 保険外併用療養費に係る予約診療を行う時間帯

曜 日	標準診療時間帯	予約診療を行う 診療時間帯	予 約 以 外 の 診 察 に 従 事 す る 医 師 又 は 歯 科 医 師 の 数	予 約 診 察 に 従 事 す る 医 師 又 は 歯 科 医 師 の 数	予約料
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜 日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円

注1 本添付書類は、予約診療を行う標準科ごとに記載すること。
注2 枠が足りない場合は、適宜取り増やすこと。

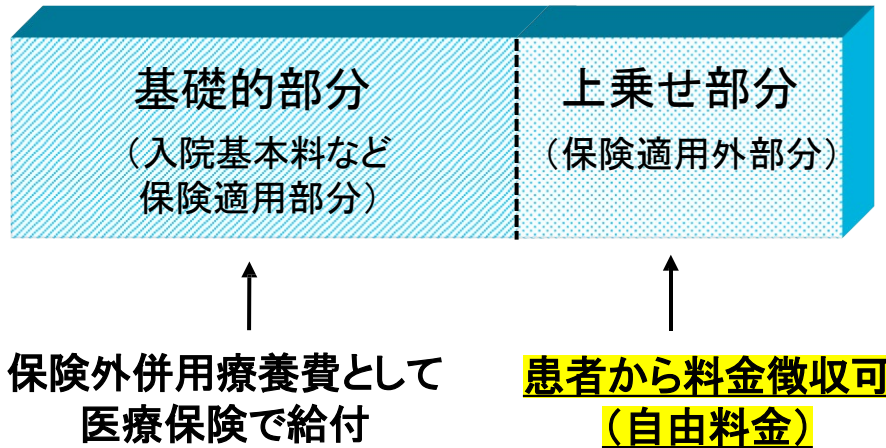
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から
料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を
明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:28技術、先進B:53技術 令和5年6月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、
再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ